

REPERAGE PRECOCE ET INTERVENTION BREVE CONCERNANT LE MESUSAGE D'ALCOOL

Évaluation d'un programme multimodal, multidisciplinaire
et co-construit pour augmenter la confiance des soignants
de première ligne d'une maison médicale semi-rurale

Résumé

Introduction. Le mésusage d'alcool est une problématique de santé majeure en Belgique et en Europe, responsable d'une morbi-mortalité non négligeable. Le repérage précoce et une intervention brève ciblée (RPIB) sont démontrés efficaces en première ligne de soins pour réduire les quantités consommées par les usagers et prévenir ainsi les complications d'un usage à risque. Pourtant, le RPIB reste très peu pratiqué par les soignants de première ligne, en raison d'une série de freins documentés. **Méthodologie.** Cette recherche-action collaborative vise à évaluer l'efficacité d'un programme multimodal, multidisciplinaire et co-construit pour augmenter la confiance des soignants d'une maison médicale semi-rurale à pratiquer le RPIB. **Résultats.** Les résultats montrent une augmentation de la confiance à pratiquer le RPIB chez les médecins généralistes, mais pas chez les autres professionnels de santé. Tous les participants déclarent avoir plus de connaissance concernant le mésusage d'alcool. Le caractère multimodal et participatif est plébiscité par les participants. La transférabilité de la campagne a été analysée. **Discussion.** Le sentiment de responsabilité semble déterminant pour augmenter la confiance à pratiquer le RPIB. Il serait intéressant de reproduire cette recherche-action au sein d'autres équipes de première ligne de soins afin d'observer si des résultats équivalents sont obtenus et quels facteurs peuvent déterminer la pertinence d'une approche multidisciplinaire. Il serait également intéressant d'évaluer l'impact d'une telle campagne sur le taux de RPIB effectivement pratiqué.

Benjamin Michel
Promoteur : Prof. Dominique Lamy

Remerciements

Merci à ma tendre et douce famille pour votre soutien total et inconditionnel, depuis mes premiers questionnements de jeune ado qui se rêve médecin. Sans vous, ce TFE n'aurait jamais existé.

Merci à Mana et Maxime pour votre aide précieuse lors des retranscriptions des focus groups. Votre dévouement m'a beaucoup touché et m'a porté à un moment où je démoralisais devant l'ampleur du travail qui restait à accomplir.

Merci à Elodie, Candice, Joëlle, Lionel et Florence, mes colocataires adorés, pour votre bienveillance et toutes vos petites attentions lorsque je me confinais dans l'atelier pour travailler.

Merci à Simon, Olivier, Mana et Gérald pour votre relecture minutieuse et vos conseils avisés qui ont permis à ce travail d'être meilleur.

Merci à Dominique Lamy, mon promoteur, pour sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements tout au long de ce travail.

Merci à Ségolène Malengreaux de m'avoir aidé à comprendre les concepts théoriques de la recherche-action et de la promotion de la santé. Vos nombreuses références à la littérature et vos remarques judicieuses m'ont guidé dans le brouillard et la multitude des ressources disponibles.

Merci à Laura pour le coup de pouce graphique. C'est toujours tellement beau ce que tu dessines.

Merci à toute l'équipe de la Maison Médicale d'Aye d'avoir accepté de se lancer avec moi dans ce projet. Merci pour votre confiance, votre enthousiasme, votre participation active et volontaire et merci pour tous ces beaux moments de joie et de rire partagés. On s'est beaucoup amusé.

Merci à l'équipe de Maison Médicale du Quartier des Arsouilles et l'équipe de PSMG de m'avoir donné le temps et les moyens de finaliser ce travail dans le temps imparti.

Merci aux professeurs du certificat interuniversitaire d'alcoologie de m'avoir partagé une partie de leur savoir ; et surtout leur plaisir à soigner les patients alcoolodépendants.

Merci à toutes celles et ceux qui m'ont donné et me donnent l'envie d'exercer ce beau métier qu'est la médecine générale.

Merci à toutes celles et ceux que je n'ai pas cité, mais qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

Listes des abréviations

CAMG : centre académique de médecine générale de l'UCLouvain

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e édition

CIU : Certificat interuniversitaire

CLPS : centre local de promotion de la santé

DMG+: dossier médical global

DMI : dossier médical informatisé

MeSH: Medical Subject Headings

OMS : Organisation mondiale de la santé

R-A : recherche-action

RPIB : repérage précoce et intervention brève (au sujet de la consommation d'alcool)

SMART : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel

TFE : travail de fin d'étude

Indexations

P15 – QD42 – QD13 – QS4 – QS31 – QR35

Table des matières

| | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| Table des matières | 0 |
| 1 Introduction | 1 |
| 2 Méthode | 4 |
| 2.1 Énoncé de la question de recherche | 4 |
| 2.2 Type d'expérimentation | 4 |
| 2.3 Description de la population choisie pour participer à l'étude | 5 |
| 2.4 Critères d'inclusion | 5 |
| 2.5 Durée prévue de la recherche-action | 5 |
| 2.6 Design de la recherche-action | 5 |
| 2.6.1 Revue de la littérature et mise en réseau | 5 |
| 2.6.2 Exploration des représentations de l'équipe soignante | 7 |
| 2.6.3 Formation collective | 7 |
| 2.6.4 Choix d'objectifs et de moyens | 8 |
| 2.6.5 Suivi des objectifs | 8 |
| 2.6.6 Évaluation | 8 |
| 2.7 Confidentialité des données | 10 |
| 2.8 Comité d'éthique | 10 |
| 3 Résultats | 11 |
| 3.1 Revue de la littérature et mise en réseau | 11 |
| 3.2 Exploration des représentations de l'équipe soignante | 13 |
| 3.2.1 Culture | 13 |
| 3.2.2 Compétence | 16 |
| 3.2.3 Responsabilité | 17 |
| 3.2.4 Impuissance | 19 |
| 3.2.5 Temps | 19 |
| 3.2.6 Suite du focus group | 19 |
| 3.3 Formation collective | 20 |
| 3.4 Choix d'objectifs et de moyens | 20 |

| | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.5 | Suivi des objectifs | 22 |
| 3.6 | Une seconde formation entre médecins généralistes | 23 |
| 3.7 | Évaluation | 24 |
| 3.7.1 | Processus | 24 |
| 3.7.2 | Efficacité | 27 |
| 3.7.3 | Transférabilité | 28 |
| 4 | <i>Discussion</i> | 29 |
| 4.1 | Confiance à pratiquer le RPIB | 30 |
| 4.2 | Différence de point de vue entre les médecins généralistes et les autres soignants & intérêt de la multidisciplinarité | 31 |
| 4.3 | Intérêt de la dimension collaborative | 33 |
| 4.4 | Intérêt de la multimodalité | 34 |
| 4.5 | Transférabilité | 34 |
| 4.6 | Forces, faiblesses et perspectives | 34 |
| 5 | <i>Conclusion</i> | 37 |
| 6 | <i>Bibliographie</i> | |
| 7 | <i>Annexes</i> | |
| 7.1 | Annexe 1 – Design méthodologique, inspiré du cycle de la R-A selon Narcy | |
| 7.2 | Annexe 2 – Canevas d’entretien du focus group 1 | |
| 7.3 | Annexe 3 - Canevas d’entretien du focus group 2 | |
| 7.4 | Annexe 4 – Outil ASTAIRE | |
| 7.5 | Annexe 5 – Avis du comité d’éthique | |
| 7.6 | Annexe 6 – Revue méthodique de la littérature à propos des freins à l’application du RPIB alcool en médecine générale | |
| 7.7 | Annexe 7 - Résultats issus des équations de recherche | |
| 7.8 | Annexe 8 – Diapositives de la formation collective | |
| 7.9 | Annexe 9 – Réponses au formulaire « Quelle action concrète ? » | |
| 7.10 | Annexe 10 – Évaluation de la formation collective | |

- 7.11 Annexe 11 – Évaluation du choix d’objectifs**
- 7.12 Annexe 12 – Évaluation du suivi des objectifs**
- 7.13 Annexe 13 – Évaluation de la transférabilité par l’outil ASTAIRE (grille n°1)**
- 7.14 Annexes A et B – Retranscriptions des focus groups**
- 7.15 Annexe C – Fiche info médecin : comment mener une consultation alcool ?**

1 Introduction

Lors de ma première année de stage en médecine générale, une rencontre avec un patient dépendant à l'alcool m'a particulièrement touché, et m'a donné envie d'approfondir mes connaissances à ce sujet. J'ai ainsi obtenu en 2022 un certificat interuniversitaire (CIU) en alcoologie, et c'est tout naturellement que j'ai souhaité aborder la thématique de l'alcool dans mon travail de fin d'étude (TFE).

Le mésusage d'alcool est une problématique majeure de santé publique en Belgique : 14% des Belges présentent une consommation au-dessus des seuils maximaux recommandés, 10% consomment de l'alcool tous les jours (Gisle et al., 2019).

Ces consommations excessives ne sont pas sans conséquence : l'alcool est un facteur responsable de plus de 200 pathologies selon l'OMS (World Health Organization, 2018), parmi lesquelles se retrouvent la dépendance à l'alcool, la cirrhose, des cancers, des maladies cardiovasculaires et des accidents. L'alcool tue également : il est responsable d'un décès sur quatre parmi les adultes de 20-39 ans et représente 5% des décès en Belgique, soit près de 5500 morts par an (Gisle et al., 2019).

Avant d'aller plus loin, rappelons les différents diagnostics en lien avec la consommation d'alcool (Société Française d'Alcoologie, 2015) :

- **Un usage d'alcool à risque** correspond à une consommation sans dommage avéré, mais susceptible d'en entraîner à plus ou moins long terme. Il s'agit ainsi :
 - *Soit* d'une consommation au-delà des seuils maximaux recommandés qui expose à des problèmes de santé à long terme.
 - *Soit* d'une consommation dans des situations spécifiques (conduite de véhicule, grossesse par exemple), entraînant un risque immédiat.
- **Un usage d'alcool toxique**, aussi appelé usage nocif, correspond à une consommation d'alcool qui entraînent déjà des dommages somatiques (hypertension, reflux gastro-œsophagien par exemple), psychiques (dépression, troubles du sommeil par exemple) ou sociaux (perte d'emploi, isolement par exemple).

- **Un usage avec dépendance**, ou alcoolodépendance, peut être diagnostiqué, selon la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^e édition), lorsqu'au moins trois des critères suivants sont remplis au cours de la dernière année :
 - Désir puissant ou compulsif de boire de l'alcool (**craving**).
 - Difficultés à contrôler le début et l'arrêt de la consommation et la quantité d'alcool consommée (**perte du contrôle**).
 - Syndrome de **sevrage** physique à l'arrêt ou à la diminution de la consommation.
 - Apparition d'une **tolérance** (par rapport au début de la consommation, de plus grandes quantités sont nécessaires pour obtenir l'effet désiré).
 - **Abandon progressif d'autres intérêts** au profit de la consommation d'alcool, augmentation du **temps** passé à se procurer de l'alcool, en consommer ou récupérer de ses effets.
 - Poursuite de la consommation malgré des **conséquences nocives**.
- **Les mésusages d'alcool** regroupent l'usage à risque, l'usage toxique et l'usage avec dépendance.

La dépendance à l'alcool est ainsi à l'extrémité d'un continuum d'usages plus ou moins problématiques. Il s'agit d'une pathologie lourde, invalidante et incurable, qui nécessite une prise en charge conséquente, avec un sevrage médicalisé et un suivi psychosocial rapproché. Les récurrences de consommation sont fréquentes et l'abstinence est souvent l'objectif à atteindre (Société Française d'Alcoologie, 2015).

La première ligne, en ce compris les médecins généralistes, a un rôle crucial à jouer dans la prévention de l'alcoolodépendance. Lorsqu'un usager se retrouve dans une consommation à risque ou toxique, repérer cette consommation en consultation et délivrer au patient un message clair et concis sur le risque encouru réduit la consommation moyenne d'alcool de l'usager (Kaner et al., 2018). On appelle ça le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). Le RPIB de la consommation problématique d'alcool permet ainsi, avec peu de moyens, d'induire tôt un changement de comportement et de prévenir ainsi les pathologies associées à l'alcool, en ce compris la dépendance.

Si le RPIB est démontré utile en première ligne, il est pourtant assez peu pratiqué par les médecins généralistes : moins d'un patient sur dix concerné par un mésusage d'alcool est dépisté et reçoit une intervention brève (Anderson et al., 2013).

Les freins sont multiples et étayés dans la littérature : le manque de confiance et de connaissance du praticien, le manque de temps et la peur d'abîmer le lien thérapeutique sont les exemples les plus régulièrement cités (Mistiaen & Kohn, 2015) (Sturgiss & Lam, 2022). L'une des spécificités de l'alcool, par rapport aux autres substances addictives, est son ancrage culturel très fort en Europe : la consommation de boissons alcoolisées est perçue positivement dans notre société, incarnant le compagnon idéal de moments de fête et d'allégresse. La bière est encore plus particulièrement intégrée à notre culture belge. Cette culture « pro-alcool », dopée par un lobby alcoolier puissant, explique en partie que nous ayons tant de difficultés à prévenir et à prendre en charge le mésusage d'alcool en Belgique (Alexandre, 2017).

Ces dernières décennies, de nombreux programmes d'implémentation du RPIB dans les pratiques de première ligne ont été étudiés. Une méta-analyse a synthétisé les conclusions de ces études (Keurhorst et al., 2015). Elle démontre que les programmes les plus efficaces sont ceux qui adoptent une approche *multimodale*, c'est-à-dire combinant plusieurs interventions complémentaires, tantôt centrées sur les professionnels, tantôt centrées sur les patients, tantôt centrée sur le lieu de soins. Les conclusions indiquent également un bénéfice à impliquer *d'autres professionnels de santé* à côté du médecin généraliste.

Ces programmes d'implémentation du RPIB prennent généralement la forme de campagnes régionales, nationales ou supranationales, élaborées et pilotées par les pouvoirs publics ou les instances scientifiques. Or, la promotion de la santé basée sur les preuves préconise d'intégrer le public cible d'une campagne de promotion de la santé dès son élaboration (Lambert et al., 2021). Impliquer les soignants dans la création d'une campagne dont ils sont la cible : voilà une démarche encore peu commune, mais qui pourrait avoir tout son sens pour répondre aux réalités spécifiques de chaque équipe de première ligne de soins.

L'objectif de ce travail de fin d'étude est d'évaluer l'efficacité d'un programme multimodal, multidisciplinaire et co-construit pour améliorer la confiance d'une équipe de soignants de première ligne dans une maison médicale semi-rurale à pratiquer le RPIB concernant la consommation problématique d'alcool.

2 Méthode

2.1 Énoncé de la question de recherche

« Un programme multimodal, multidisciplinaire et co-construit peut-il améliorer la confiance d'une équipe soignante dans une maison médicale semi-rurale à pratiquer le repérage précoce et l'intervention brève relatifs à une consommation problématique d'alcool ? ».

- ⇒ « Multimodal » est ici défini comme la combinaison de plusieurs modes d'actions différents ciblant simultanément plusieurs niveaux du lieu de soins (consultation, salle d'attente, logiciel médical, médias sociaux, etc.).
- ⇒ « Multidisciplinaire » est ici défini comme impliquant l'ensemble des professionnels de santé de la maison médicale.
- ⇒ « Co-construit » est ici défini comme construit par l'ensemble de l'équipe participante.

2.2 Type d'expérimentation

Il s'agit d'une recherche-action (R-A) collaborative.

La méthode de recherche-action implique une double casquette pour l'instigateur de la recherche :

- Celle de *chercheur* : recherche & veille dans la littérature scientifique, analyse des données, évaluation continue des résultats, présentation des résultats.
- Celle de *d'acteur* : participant à part entière des actions implémentée, organise et coordonne les actions sur le terrain, facilite la mise en action des autres acteurs.

Une recherche-action dite collaborative implique que l'ensemble des acteurs concernés soit partie prenante de la construction et de la réalisation de l'action évaluée. À l'inverse de l'instigateur, ils ne participent pas ou peu aux tâches de recherche. Étant donné que l'action est co-construite par le public-cible, les détails voir certaines grandes orientations de la méthodologie présentée ci-dessous sont susceptibles d'évoluer au gré de l'avancement du processus et des décisions du groupe sur le terrain.

Dans une recherche-action, on ne cherche pas à démontrer que l'intervention évaluée produira les mêmes résultats ailleurs, car cette intervention aura été modulée par les participants eux-mêmes en fonction d'un contexte qui leur est propre. L'intervention créée n'est donc pas transposable *telle quelle*. En revanche, une recherche-action cherche à démontrer que la

méthode qui a permis la construction de cette intervention pourrait être reproduite ailleurs, avec des résultats équivalents.

2.3 Description de la population choisie pour participer à l'étude

Dans ce travail, nous étudierons¹ l'équipe soignante de la maison médicale d'Aye, à savoir de manière exhaustive : cinq médecins généralistes agréés, trois médecins généralistes en formation, quatre kinésithérapeutes, une infirmière, deux psychologues et trois accueillantes.

2.4 Critères d'inclusion

Participation volontaire des membres de l'équipe soignante cités ci-dessus.

2.5 Durée prévue de la recherche-action

6 mois : 01/06/2022 – 31/12/2022.

2.6 Design de la recherche-action

Le design méthodologique de cette recherche-action est librement inspiré du cycle de la R-A selon Narcy (Narcy-Combes, 1998).

Le programme se compose d'une succession d'étapes intriquées, illustrées à l'annexe 1. En voici un aperçu :



Figure 1 - Les 6 étapes-clés de la recherche-action

2.6.1 Revue de la littérature et mise en réseau

La première étape de la campagne consiste en une revue de la littérature scientifique réalisée par l'instigateur concernant les freins à l'application du RPIB en médecine générale.² Une mise

¹ Contrairement à l'usage habituel, de nombreuses phrases sont conjuguées *au futur* dans la section « méthodologie ». Ce choix a été fait afin de pouvoir décrire la méthodologie telle qu'elle a été pensée avant qu'elle ne soit modifiée, transformée par l'équipe participante.

² Cette revue méthodique de la littérature, centrée spécifiquement sur les freins à l'usage du RPIB en médecine générale, est à différencier de la revue non méthodique de la littérature, non explicitée ici, que j'ai réalisé en amont et tout au long de ce TFE et qui a fortement nourrit ma bibliographie.

en réseau encourage à la rencontre avec des lieux de soins ou des personnes expertes sur le sujet du mésusage d'alcool.

Objectifs : Cette étape cherche à augmenter le niveau de connaissance de l'instigateur sur le sujet de la campagne et ainsi l'aider à mieux appréhender les potentielles difficultés qui seront rencontrées. L'instigateur pourra ainsi constituer un interlocuteur de référence en cas d'interrogation des participants sur l'état actuel des connaissances. Par ailleurs, cette revue de la littérature permettra à l'instigateur de mettre en lien les données scientifiques avec les observations du terrain lors de l'évaluation. La mise en réseau permet d'augmenter les savoirs pratiques de l'instigateur, de rendre possible des partenariats potentiels lors de la campagne et de collecter les remarques et suggestions de personnes compétentes à propos du mésusage d'alcool.

Trois concepts-clés sont définis, et déclinés en synonyme :

| Concept #1 | Concept #2 | Concept #3 |
|-----------------------|------------------------------|-------------------------|
| Dépistage | Troubles d'usage d'alcool | Première ligne de soins |
| Prévention secondaire | Abus d'alcool | Soins de première ligne |
| | Alcoolisme | Soins primaires |
| | Dépendance à l'alcool | Première ligne |
| | Consommation d'alcool | |

Tableau 1 Concepts et synonymes utilisés dans les équations de recherche

Ils seront introduits dans les moteurs de recherche PubMed, Embase et Lissa. Une exploration libre de la littérature grise complètera cette recherche.

Les critères d'exclusion :

- N'étudie pas les freins à l'application du dépistage de la consommation d'alcool.
- Ne concerne pas la première ligne de soins.
- N'est pas accessible gratuitement.
- N'est pas écrit ou traduit en français ni en anglais.

La mise en réseau sera réalisée sans protocole défini, selon le jugement de l'instigateur et la disponibilité des interlocuteurs, par la rencontre de *personnes-ressources* et/ou de structures locales actives dans le dépistage et la prise en charge du mésusage d'alcool.

La littérature sera par ailleurs potentiellement à nouveau consultée lors de la suite de la recherche-action, selon les besoins relatifs aux objectifs et aux interventions développés par les participants.

2.6.2 Exploration des représentations de l'équipe soignante

La seconde étape prendra la forme d'un *focus group*.

Objectifs : Le focus group permet d'aborder une première fois la thématique du mésusage d'alcool en équipe et d'identifier les facteurs spécifiques à l'équipe soignante qui influencent l'application du RPIB dans leur pratique. Il vise aussi à valider ou changer le choix de la thématique par les participants, à adapter si nécessaire l'objectif de la recherche-action et/ou la suite de la méthodologie.

Ce focus group suit le canevas d'entretien disponible à l'annexe 2. Il se conclut par une question vers l'équipe participante de valider ou d'invalider la thématique proposée (RPIB alcool). En cas d'invalidation, l'équipe choisira une autre thématique, proche ou éloignée, qui fera l'objet d'une nouvelle revue de la littérature.

Le contenu du focus group sera retranscrit par l'instigateur. Les déterminants à l'application du RPIB propres à l'équipe soignante seront extraits de la retranscription par l'instigateur à l'aide de la méthode de la théorisation ancrée (Lebeau et al., 2021).

2.6.3 Formation collective

La troisième étape consiste à proposer une formation autour du RPIB à l'équipe soignante.

Objectif : cette formation aura pour objectif d'augmenter le niveau de connaissance des participants concernant le mésusage d'alcool, les recommandations de bonne pratique et l'intérêt d'appliquer le RPIB. Elle vise à nouveau à valider le but de la R-A, à le préciser ou l'adapter si nécessaire en regard des nouveaux savoirs acquis par l'équipe.

La formation, d'une durée de 30 minutes à 1 heure, sera donnée par un ou plusieurs professionnels jugés compétents par l'équipe participante. Idéalement, le ou les formateurs devraient bénéficier d'une expertise en alcoologie. La formation devrait avoir pour thématique « l'application du RPIB en première ligne de soins ». À la fin de la formation, il sera demandé aux participants de valider, ou le cas échéant d'adapter, le but de la campagne (intitulé : améliorer la confiance de l'équipe à appliquer le RPIB).

2.6.4 Choix d'objectifs et de moyens

Lors de cette quatrième étape, le groupe définit ensemble les objectifs et les moyens qu'ils veulent mettre en place.

Objectif : Cette étape vise à définir des objectifs SMART (*spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels*) propices à la réalisation du but de la campagne puis de mettre à disposition des moyens nécessaires, suffisants et disponibles pour les atteindre.

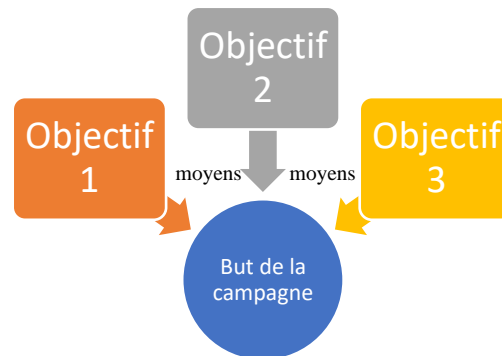


Figure 2 Moyens, objectifs et buts

Pour collecter les idées des participants, deux méthodes complémentaires seront employées :

- Un formulaire électronique sera diffusé par courriel à tous les participants, pour les inviter à exprimer des idées d'actions que l'équipe pourrait mettre en place.
- la technique des « Petits papiers » (Douiller, pp 130-132) sera employée lors d'une réunion d'équipe, animée par l'instigateur. Les idées apportées par le formulaire électronique seront ajoutées lors de cette animation. À la fin de l'animation, les différents moyens d'action choisis par l'équipe seront rassemblés et organisés pour répondre à des objectifs définis. Chaque objectif se verra attribué un ou plusieurs responsables, qui veilleront à la réalisation des moyens qui y seront liés.

2.6.5 Suivi des objectifs

Cette cinquième étape propose de suivre la réalisation des objectifs préalablement définis.

Objectif : Stimuler la réalisation effective des objectifs et des moyens concrets décidés par l'équipe.

Le suivi des objectifs sera réalisé par les différents participants responsables et par l'instigateur.

La méthode employée n'est pas prédéfinie et est laissée à l'appréciation des participants.

2.6.6 Évaluation

Finalement, la dernière étape consiste en une évaluation de la campagne.

Objectifs : évaluer les résultats de la campagne, identifier les forces et les faiblesses du processus, mesurer le niveau de transférabilité de la campagne à un autre contexte.

Il existe de nombreuses manières d'évaluer un programme (Ridde & Dagenais, 2013) :

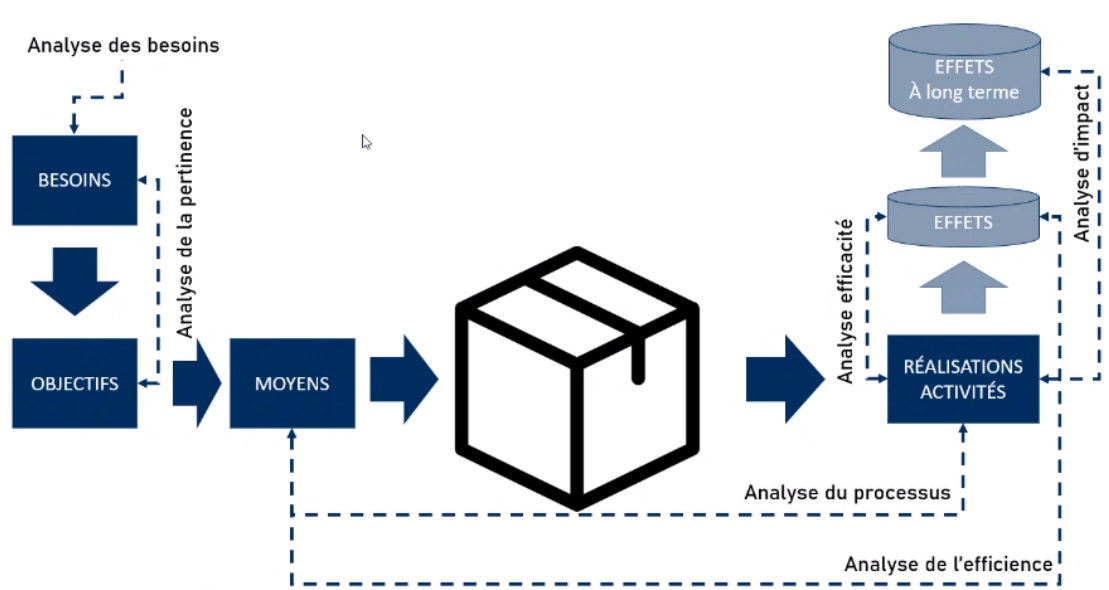


Figure 3 Illustration des méthodes d'évaluation d'un programme, adapté de Ridde et Dagenais, 2013)

Dans ce travail, l'évaluation de la campagne sera réalisée de 3 manières complémentaires :

1. Le *processus* sera évalué à l'aide d'enquêtes électroniques semi-quantitatives soumises aux participants après chaque étape. Il leur sera demandé de qualifier entre 1 et 10 si l'objectif de l'étape (ex : formation de l'équipe) était *utile* pour atteindre le but de la campagne et si la méthode employée (ex : présentation d'une heure en binôme) était *efficace* pour réaliser l'objectif de l'étape. Des questions ouvertes laisseront la place à la formulation de remarques, de suggestions, ou d'idées à exprimer en vue de bonifier la suite de la campagne.
2. L'*efficacité*, soit les effets obtenus en regard des activités réalisées, sera évaluée par l'intermédiaire d'un focus group, dont le canevas d'entretien, disponible à l'annexe 3, est volontairement similaire au canevas d'entretien du focus group d'entrée. Il explorera à nouveau le degré de facilité des soignants à pratiquer le RPIB, les freins qui ont pu être levés et ceux qui persistent. Il évaluera également l'apport des dimensions *participative*, *multidisciplinaire* et *multimodale* à la réalisation des objectifs fixés. Les propos des participants seront codifiés et indexés.
3. La *transférabilité* est la capacité d'une campagne à produire des résultats équivalents dans un contexte différent de celui où elle a été réalisée. Il est intéressant d'évaluer la

transférabilité afin d'identifier les facteurs contextuels, spécifiques à l'équipe, qui pourraient avoir influencé les résultats. Nommer et identifier ces facteurs d'influence permet d'en tenir compte en vue d'une implémentation éventuelle de la campagne dans un autre contexte. À cette fin, l'outil ASTAIRE, Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé, disponible en langue française, sera rempli intégralement par l'instigateur à la fin de la campagne. (Cambon et al., 2015)

2.7 Confidentialité des données

L'identité des participants à cette expérimentation demeurera strictement confidentielle. Un formulaire de consentement à participer à la recherche-action sera distribué à chaque participant lors du premier focus group. Les procès-verbaux des réunions seront consignés dans un ordinateur protégé par un mot de passe. En dehors des procès-verbaux, les participants ne seront pas identifiés par leur nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les prénoms éventuellement prononcés par les participants lors des focus group seront anonymisés au sein des retranscriptions. Les procès-verbaux seront supprimés à dater du 30/06/2023.

2.8 Comité d'éthique

L'expérimentation a reçu l'approbation du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain. Voir annexe 5.

3 Résultats

3.1 Revue de la littérature et mise en réseau

La recherche de littérature a été réalisée le 09/04/2022. Les équations de recherches utilisées et les détails de leur construction sont consultables à l'annexe 6.

La revue méthodique aboutit au diagramme de flux suivant :

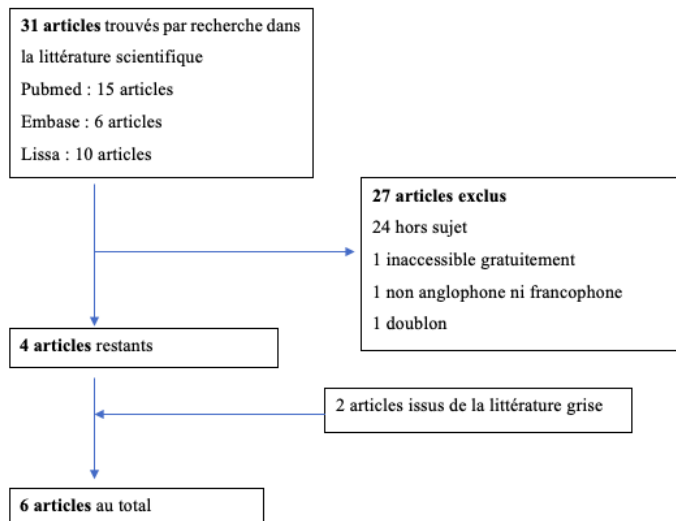


Figure 4 Diagramme de flux

La liste des articles retenus et l'analyse de leur contenu sont détaillées dans les annexes 6 et 7. Parmi les articles retenus, la synthèse du rapport 258B du KCE illustre les freins à l'application du RPIB les plus souvent mentionnés par les soignants (Mistiaen & Kohn, 2016)



Figure 5 Les freins à l'application du RPIB par les soignants belges (d'après Mistiaen & Kohn, 2016)

Un résumé des freins recensés par cette revue de littérature est illustré par ce nuage de mots, les mots les plus grands correspondant aux freins les plus régulièrement cités au sein des articles retenus :

Manque de ...



Figure 6 Résumé des freins à la pratique du RPIB recensés dans la littérature

Parallèlement à cette recherche de littérature, l'instigateur a rencontré :

- L'ASBL « Soda », active dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool à Marche-en-Famenne (à proximité de la maison médicale).
- Le Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS) de la province du Luxembourg.
- Ségolène Malengreaux, doctorante au RESO-UCLouvain, centre d'expertise pour la documentation et la recherche en promotion de la santé³.
- Dominique Lamy, addictologue, membre de l'ASBL Alto et chargé de cours en médecine générale à l'UCLouvain.
- Louis Van Maele, doctorant au centre académique de médecine générale (CAMG) de l'UCLouvain
- Bernard Dor et Emmanuel Pinto, alcoologues et dispensateurs de cours lors du CIU d'alcoologie.

Leur opinion et leurs suggestions ont été recueillies de manière informelle.

³ Voir <https://www.aviq.be/fr/sensibilisation-et-promotion/operateurs-de-promotion-de-la-sante/centres-dexpertises>

3.2 Exploration des représentations de l'équipe soignante

Le focus group a eu lieu le 21/06/2022. 13 soignants ont participé (7 médecins, 2 accueillantes, 2 kinésithérapeutes, 1 infirmière, 1 psychologue). Après retranscription (voir annexe A), la méthode de la théorisation ancrée a permis l'identification de 12 propriétés, ensuite regroupées au sein de 3 grandes catégories de facteurs influençant l'application du RPIB par les participants : la culture, la compétence et la responsabilité.

Les voici ici illustrées, en interrelation :

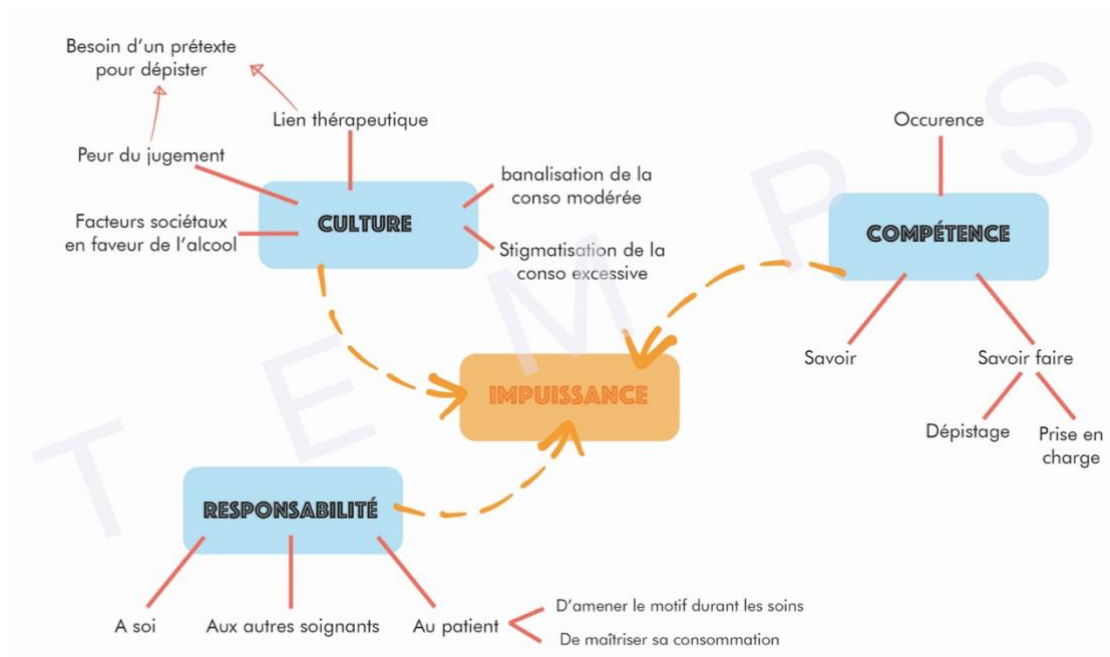


Figure 7 Représentations de l'équipe soignante à propos de la consommation d'alcool des patients et de la pratique du RPIB

3.2.1 Culture

L'alcool, et sa consommation, occupe une place non négligeable dans la société belge. Les participants ont fait référence à cette « culture de l'alcool » à plusieurs reprises.

3.2.1.1 Banalisation

La consommation d'alcool est perçue comme banale au sein de la société. Il paraît tout à fait acceptable et non problématique d'en boire en quantité modérée. Cette perception positive de la consommation d'alcool rend plus difficile la pratique du RPIB par les soignants lors des soins, car ils entrent en contradiction avec cette perception positive en diffusant un message potentiellement critique à propos de l'alcool. C'est une différence notable avec le dépistage du tabagisme.

Médecin 4 : « ce ‘comme tout le monde’ et cette banalisation ce n'est vraiment pas évident pour moi, de me dire ‘tiens comment je la remets comme une problématique, comme quelque chose de société’. Et alors si le mésusage tu me dis qu'en fait c'est 10 unités d'alcool ?! Alors là ... ».

Cette banalisation de la consommation d'alcool modérée est projetée chez les patients mais est aussi exprimée par les participants eux-mêmes.

Médecin 1 : « Accueillante 2 tu vois en fait ce que tu dis là, moi je me retrouve dans ce que tu dis. Il n'y a pas ... boire de l'alcool n'est pas problématique en soi ... ».

Kiné 1 : « on ne juge jamais non plus les gens qui boivent leur petit verre ».

3.2.1.2 Stigmatisation

Les participants expriment l'affect négatif attribué par la société aux patients alcoolodépendants sévères.

Médecin 4 : « Alors oui les gros alcooliques qui ont une grosse pathologie décompensée mais moi ce qui me pose plus question ce sont les plus jeunes ou moins jeunes qui consomment ‘comme tout le monde hein docteur’ ».

Ils expriment aussi que les situations d'intoxication alcoolique aiguë entravent la qualité des soins prodigués.

Kiné 1 : « C'est vrai quand ils sont bourrés tu ne sais rien faire. ».

Psy1 : « qu'une personne vienne sous l'emprise de l'alcool c'est arrivé rarement, mais même chose si on cadre, on se dit ‘ça ne sert à rien parce qu'on perd notre temps vous et moi et voilà quoi. Autant que vous restiez chez vous et que moi je puisse prendre quelqu'un d'autre’ ».

Entre les lignes, le contenu des échanges peut laisser penser qu'une certaine gêne, un certain malaise s'installe lorsqu'il s'agit d'aborder les patients très dépendants. Les participants utilisent d'autres mots que l'alcool pour qualifier les intoxications aiguës, ou des métaphores comme « tu ne sens pas quand elle est plus *imbibée* ou *moins imbibée* ».

3.2.1.3 Environnement

Les participants ont mentionné la haute accessibilité de l'alcool autour de soi : distributeur automatique disponible 24h/24, vente libre dans les nights shops.

Médecin 1 : « et même pire que ça à côté de chez nous il y a la maison juste à côté c'est un petit commerce il a installé un distributeur de boissons et ... il y a de la jup' quoi (jupiler). Donc de temps en temps quand je rentre je vois des jeunes à vélo qui viennent chercher un truc dans le distributeur donc c'est accessible ».

Médecin 2 : « et donc ça entretient l'ambiguïté générale autour de l'alcool ce qui fait qu'on n'est pas à l'aise ».

Médecin 2 : « même au niveau gouvernemental il y a une grande ambiguïté dans les mesures à prendre par rapport à l'alcool ça ça laisse une ambiguïté générale tu vois dans certains pays les choses sont très claires l'alcool n'est pas vendu dans un supermarché chez nous c'est toujours vendu dans un supermarché qu'est-ce que tu veux ? c'est une bête mesure à prendre qui n'est pas prise ».

3.2.1.4 Peur du jugement

Étant donné cette dualité *banalisation de la consommation modérée – stigmatisation de la consommation avec dépendance*, les participants craignent de paraître jugeants en abordant la consommation d'alcool de leurs patients. Ils redoutent :

1. Que le patient ressente une dissonance sur le diagnostic de leur consommation : banalisée, valorisée dans la société et pathologisée, dévalorisée par leur soignant.

Accueillante 2 : « il suffit d'être un bon épicurien pour vite te retrouver dans un souci de consommation »

Médecin 4 : « moi c'est plutôt la tranche entre les deux qui est problématique, pas les alcooliques chroniques avec toute la problématique psychosociale autour qui est parfois très loin mais plutôt l'intermédiaire, le 'comme tout le monde' est là et la banalisation d'un autre côté socialement c'est compliqué ».

2. Que les patients pensent qu'ils suspectent chez eux une alcoolodépendance, étiquette stigmatisante, s'ils posent la question de la consommation.

Animateur : « tu as aussi l'impression, comme Médecin 4, que poser la question franco 'est-ce que vous buvez de l'alcool ?' ça engendre l'impression qu'on juge ? Parce que toi tu dis 'je ne juge pas' est-ce que le fait de dépister la consommation, vous avez l'impression qu'il y a derrière une forme de jugement sur la consommation ? ».

Médecin 2 & kiné 1 : « oui ».

A cette crainte du jugement s'associe la peur de mettre à mal le lien thérapeutique.

Ces peurs entraînent un besoin exprimé à de multiples reprises d'avoir un prétexte pour pratiquer le RPIB : la tenue d'une revue systématique du dossier, un diagnostic concomitant de certaines pathologies, les résultats sanguins anormaux par exemple.

Médecin 1 : « le DMG+ j'aimais bien parce que ça rendait tout systématique et donc quand j'avais le temps en consultation je disais aux gens « vous avez plus de 50 ans on me demande de compléter le DMG+ » je trouve que ça me permettait moi en tout cas de ne pas donner l'impression au patient de le juger... le patient avait l'impression que je complétais une checklist parce que je devais le faire quoi. Et je trouvais ça assez confortable pour l'aborder chez tous les patients sinon moi c'est vrai que comme Médecin 4 le disait j'utilise souvent les prises de sang ».

3.2.2 Compétence

Les participants expriment un déficit de compétence, entendue ici comme la *faculté à pratiquer aisément et efficacement le RPIB*. Elle est liée à un manque d'occurrence, de savoir et de savoir-faire.

3.2.2.1 Occurrence

Certains participants expriment que les contacts avec des patients concernés par un mésusage est rare.

Kiné 1 : « Maintenant ça ne m'arrive jamais quoi. C'est vraiment la première fois en 10 ans où ça m'arrive quoi ».

Cette faible occurrence entraîne un manque d'expérience dans la pratique du RPIB et la prise en charge des mésusages d'alcool.

3.2.2.2 Savoir

Les participants expriment globalement une méconnaissance des seuils à partir desquels il faut considérer une consommation comme problématique, et sur quelle base ces seuils ont été choisis. Ils méconnaissent aussi les recommandations de prise en charge des patients alcoolodépendants, ce qui ne les encourage pas à pratiquer le RPIB.

Médecin 4 : « je pense que je ne dépiste pas suffisamment parce que je ne sais pas trop quoi faire de la réponse aussi ».

3.2.2.3 *Savoir-faire*

Les participants expriment aussi ne pas savoir *comment* aborder la question. Dans certaines situations où il faudrait peut-être poser la question, ils ont tendance à ne pas le faire par manque de mots, manque d'outils.

Médecin 5 : « moi j'avoue que je suis toujours mal à l'aise enfin je ne sais pas comment poser la question sans vexer le patient ou sans le braquer ou sans qu'il se sente jugé ».

3.2.3 Responsabilité

Les participants perçoivent différemment qui est légitime, ou non, pour pratiquer le RPIB. Il est intéressant de constater que les avis sont différents entre les différents secteurs (*médecins, infirmière, kinésithérapeutes, psychothérapeute, accueillantes*), mais très souvent homogène à l'intérieur de chaque secteur.

3.2.3.1 *A soi*

Les médecins pensent que c'est leur rôle de pratiquer le RPIB, et de soigner les patients alcoolodépendants.

Les kinésithérapeutes, même s'ils peuvent imaginer le réaliser dans certaines circonstances, ne perçoivent pas vraiment le RPIB comme faisant partie de leurs missions. C'est encore moins le cas concernant la prise en charge des patients alcoolodépendants.

Kiné 1 : « à un moment donné ce qu'il y a c'est que moi, dans mon travail, je sépare un peu les choses sinon... On n'en sort pas non plus... On n'arrive à rien non plus ».

La psychothérapeute, l'infirmière et les accueillantes expriment clairement que ce n'est pas leur rôle de pratiquer le RPIB, ni de prendre en charge la dépendance à l'alcool.

Psy 1 : « Ce n'est pas intéressant dans ma pratique de savoir si oui ou non il y a de l'alcool (...) d'entrée de jeu ça ne fait pas partie des questions du tout ».

3.2.3.2 *Des autres soignants*

Les médecins pensent que le RPIB fait partie des missions des kinésithérapeutes et de l'infirmière, et qu'ils disposent d'un temps privilégié pour le faire.

Médecin 7 (s'adresse à kiné 1) : « et en même temps vous avez la particularité de faire des traitements où vous voyez les patients de manière très régulière deux fois par semaine voire trois fois par semaine et nous on n'a presque jamais cette occasion-là ».

L'infirmière, les kinésithérapeutes, la psychothérapeute, et les accueillantes pensent que le RPIB et la prise en charge des mésusages est un rôle presque exclusivement dévolu aux médecins généralistes.

« Kiné 1 : Après est-ce que moi c'est mon rôle de ... On le sait, je la prends en charge comme n'importe quel patient avec le gros facteur limitatif qui est l'alcool. Après est ce que moi je sais agir par rapport à ça... ? Je ne crois pas. A part en toucher un mot à son médecin traitant et tout ça mais ... après moi... je constate, je prends en compte ».

3.2.3.3 *Du patient*

Les participants mettent également en avant la responsabilité individuelle des patients :

1. Dans l'instauration et la continuité d'une prise en charge d'un mésusage éventuel.

Psy 1 : « alors soit ils viennent pour ça soit ça fait partie de la clinique après en psycho nous alcoolisme n'est pas le problème, ce n'est pas ça c'est un symptôme du problème donc on ne va pas aller de front sur les problèmes d'alcoolisme ».

Médecin 1 : « j'ai l'impression quand même de revenir de temps en temps à la charge mais plus sur le ton de la boutade en consultation quoi... 'L'alcool comment ça se passe ?' c'est dit comme ça, si le patient veut rebondir il le fait ou sinon... ».

2. Dans la maîtrise de leur consommation, pour leur propre santé mais aussi pour garantir la qualité des soins prodigués.

Médecin 2 : « parfois on redonne un rendez-vous qui n'est pas toujours honoré parce qu'il y a une ambiguïté autour de la question donc si, ce n'est pas facile à explorer toujours parce que pas toujours envie qu'on y touche ».

Kiné 2 : « le respect du thérapeute ça c'est fort important donc on met le cadre, et qu'ils soient clean quand on vient ».

3.2.4 Impuissance

L'ensemble des déterminants à la pratique du RPIB explicités par les participants, liés à la culture de l'alcool, la notion de responsabilité et la maîtrise de compétences en alcoologie, engendre une forme *d'impuissance* ressentie par les participants.

3.2.5 Temps

Le temps est une thématique souvent mentionnée, qui revient *en filigrane* à travers le discours des participants. Ils expriment une crainte de prendre du retard s'ils pratiquent le RPIB en consultation.

Ce thème du temps se connecte à plusieurs déterminants mentionnés plus haut.

→ **Savoir** : la discussion autour de l'alcool est perçue comme pouvant durer longtemps, le soignant naviguant en eaux troubles sans outils efficaces à sa disposition.

Médecin 1 : « parfois je me dis il faut saisir l'occasion mais d'un autre côté tu n'as pas toujours le temps ça vient après 25 min de consultation tu es déjà en retard tu sais que ça va prendre du temps »

→ **Responsabilité du patient** : le patient alcoolodépendant est perçu comme peu fiable, susceptible de manquer les futurs rendez-vous, de fuir une éventuelle prise en charge, occasionnant pour le soignant une « perte de temps ».

Médecin 2 : « parfois on redonne un rendez-vous qui n'est pas toujours honoré parce qu'il y a une ambiguïté autour de la question donc si ce n'est pas facile à explorer toujours parce que pas toujours envie qu'on y touche »

→ **Responsabilité du soignant** : certains soignants estiment que le RPIB ne rentre pas dans leurs missions, et expriment dès lors ne pas avoir le temps de le pratiquer après leurs actes de soins jugés prioritaires.

Kiné 1 : « après nous on n'a pas énormément de temps non plus quoi si on doit mettre entre guillemets de l'énergie après nos séances en plus »

3.2.6 Suite du focus group

A la fin de ce focus group, il a été demandé oralement aux participants :

- Si la thématique du RPIB méritait d’être davantage creusée au sein de la maison médicale.
→ Réponse : oui à l’unanimité.
- Si l’équipe validait le but suivant : « améliorer la facilité des soignants de la maison médicale à appliquer le RPIB concernant la problématique d’alcool ».
→ Réponse : oui à l’unanimité.
- Si l’étape suivante prévue, celle d’une formation en équipe, leur semblait opportune.
→ Réponse : oui à l’unanimité.

3.3 Formation collective

Le 30 août 2022, l’équipe a reçu une formation collective de 30 minutes sur le mésusage d’alcool et le RPIB. Cette formation a été donnée en binôme par une psychologue et l’instigateur de la recherche-action, médecin généraliste en formation. Tous deux étaient en voie d’obtention du certificat interuniversitaire d’alcoologie, et avaient également participé à une formation dédiée organisée par l’ASBL Alto dans le cadre d’un projet du SPF Santé Publique.

Les diapositives de la formation sont consultables à l’annexe 8.

À la fin de la formation, il a été demandé oralement aux participants :

- S’il fallait reformuler le but de la campagne, intitulé « améliorer la facilité des soignants de la maison médicale à appliquer le RPIB concernant la problématique d’alcool ».
→ Réponse : **non** à l’unanimité.
- Si l’étape suivante proposée, à savoir l’identification d’objectifs et de moyens concrets pour atteindre le but de campagne, leur semblait opportune.
→ Réponse : **oui** à l’unanimité.

3.4 Choix d’objectifs et de moyens

Le 20 septembre 2022, l’équipe s’est réunie en vue d’identifier des objectifs concrets et des pistes d’actions (moyens) pour atteindre ces objectifs.

Comme mentionné dans la méthodologie, deux méthodes complémentaires ont été employées afin de collecter les idées des participants :

- Une semaine avant la réunion, un formulaire électronique a été envoyé par courriel à tous les participants. Ce formulaire les invitait à exprimer des idées d’actions que l’équipe pourrait mettre en place. Le formulaire a ainsi recueilli 3 réponses, consultables à l’annexe 9.
- Lors de la réunion, animée par l’instigateur, la technique des « Petits Papiers » (Douiller, 2020) a été utilisée. Les idées apportées par les répondants au formulaire électronique ont été prises en compte.

Cette méthode a permis d’identifier et de valider une série d’objectifs et de sous-objectifs *SMART*. Un groupe de travail, composé par les participants, a été constitué pour réaliser chacun des objectifs.

| Responsable(s) | Objectifs | Sous-objectifs SMART |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Animateur Infirmière | Mise à disposition de matériel à destination des patients | Brochures |
| | | Affiches murales |
| | | Questionnaires AUDIT |
| Animateur Médecin 5 | Mise à disposition d'outils d'accompagnement pour les soignants | Fiche info médecin : « comment mener une consultation alcool » |
| | | Constitution d'un trajet de soins privilégié avec la cellule alcoologie de Vivalia |
| | | Matériel à utiliser pendant les soins : calendrier des consommations, récapitulatif des unités |
| Médecin 6 | Bon encodage de la consommation d'alcool dans le dossier médical informatisé (DMI) | Item « consommation d'alcool » (en unité standard/semaine) ajouté au canevas automatique dans le dossier médical informatisé (DMI) |
| Médecin 7 Kiné 3 Kiné 4 | Campagne annuelle de sensibilisation sur la thématique alcool au mois de février | |

| | | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Animateur Kiné 3 | Diffusion d'informations sur la page Facebook et sur la TV en salle d'attente | Capsule vidéo |
| | | Publication Facebook |

Tableau 2 Objectifs fixés par l'équipe participante

La date limite de réalisation de ces objectifs a été fixée au 25 octobre, avant le pic épidémique hivernal.

3.5 Suivi des objectifs

Le 25 octobre 2022, l'équipe s'est réunie pour faire le point sur l'atteinte des objectifs qu'elle s'était elle-même fixée. Groupe par groupe, l'équipe a repris la liste des objectifs fixés et a pris note de son état d'avancement. Voici un tableau illustratif de l'état des lieux ainsi obtenu :

| Responsable(s) | Objectif | Sous-objectifs SMART | Aboutissement |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Animateur Infirmière | Mise à disposition de matériel à destination des patients | Brochures | Fournie par la campagne SATRAQ ⁴ |
| | | Affiches murales | |
| | | Questionnaires AUDIT | Décision de ne les déposer que lors de la campagne tournée minérale |
| Animateur Médecin 5 | Mise à disposition d'outils d'accompagnement pour les soignants | Fiche info médecin : « Comment mener une consultation alcool ? » | Créée et envoyée par mail (voir annexe C) Doit encore être imprimée et déposée dans chaque cabinet |
| | | Constitution d'un trajet de soins privilégié avec la cellule alcoologie de Vivalia | La psychologue alcoologue de Vivalia a été contactée : numéro de téléphone et heures de disponibilité référencés ; contact avec l'équipe lors d'une réunion programmée |

⁴ Voir <https://www.preventionsante.eu/index.php/satraq>

| | | | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Matériel à utiliser pendant les soins : calendrier des consommations, récapitulatif des unités | Matériel récolté Doit encore être imprimé et déposé dans chaque cabinet |
| Médecin 6 | Bon encodage de la consommation d'alcool dans le DMI | Item "consommation d'alcool » (en unité standard/semaine) ajouté au canevas automatique dans le DMI | Item créé |
| | | Extraction des données de la patientèle (pour évaluer et monitorer l'encodage des consommations | Logiciel médical contacté à plusieurs reprises, à ce jour pas encore rendu possible, rendez-vous téléphonique agendé. |
| Médecin 7 Kiné 3 Kiné 4 | Campagne annuelle de sensibilisation sur la thématique alcool au mois de février | Disposition de matériel supplémentaire en salle d'attente Animation Promotion de la tournée minérale | Matériel préparé |
| Animateur Kiné 3 | Diffusion d'informations sur la page Facebook et sur la TV en salle d'attente | Capsule vidéo | Projet abandonné |
| | | Publication Facebook | Faite |

Tableau 3 Suivi des objectifs. En vert les objectifs réalisés, en orange les objectifs en cours de réalisation, en rouge les objectifs non réalisés ou abandonnés.

À la fin de la réunion, l'équipe est satisfaite de l'aboutissement de la majorité des objectifs décidés collectivement. Un courriel résumant les dernières tâches à réaliser a été envoyé par l'instigateur à tous les participants.

3.6 Une seconde formation entre médecins généralistes

Durant la campagne, un projet du SPF Santé Publique s'est lancé pour promouvoir l'application du RPIB en médecine générale.

La campagne, intitulée « Alcool, parlons-en ! », se constituait de deux étapes :

1. La participation à un e-learning développé par le SPF Santé Publique (intitulé « Alcool, parlons-en ! »).
2. La participation à 2 x 3h de formation pratique par un binôme médecin généraliste-psychologue, formé et coordonné en Région Wallonne par l'ASBL Alto.

Les médecins généralistes de l'équipe ont demandé à participer à cette formation.

Une formation pratique a donc été organisée dans le cadre de ce projet à la Maison Médicale d'Aye, sous la formule de 2x 3h de formation (accréditée) les 14 décembre 2022 et 22 décembre 2022. Quatre des huit médecins généralistes de l'équipe soignante y ont participé (parmi les absents : 1 médecin généraliste agréé et 2 médecins généralistes en formation assuraient la continuité des consultations ; l'instigateur de la recherche-action, médecin généraliste en formation, formé en alcoologie, était l'animateur médecin généraliste du binôme formateur). Bien que la formation fût ouverte aux professionnels paramédicaux de la maison médicale qui le souhaitaient, aucun n'y a participé. La formation était par ailleurs ouverte sur l'extérieur : 3 médecins généralistes non-membres de la maison médicale y ont participé.

3.7 Évaluation

3.7.1 Processus

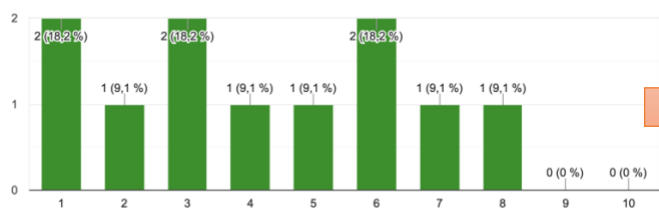
3 formulaires électroniques ont été soumis aux participants, après les étapes de formation collective, de choix des objectifs et de suivi des objectifs.

3.7.1.1 Formation collective

11 participants ont répondu au questionnaire électronique envoyé après la formation collective. L'ensemble des résultats sont consultables à l'annexe 10.

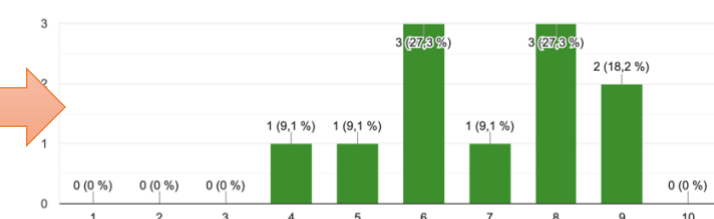
En voici les enseignements principaux :

AVANT la formation, je me sens à l'aise pour dépister la consommation problématique d'alcool chez mes patients
11 réponses



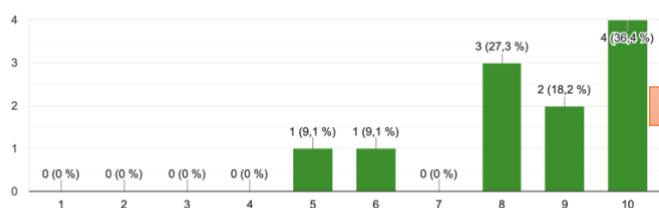
Moyenne : 3,6

APRES la formation, je me sens à l'aise pour dépister la consommation problématique d'alcool chez mes patients
11 réponses



Moyenne : 6,9

Cette formation me sera utile dans ma pratique professionnelle
11 réponses



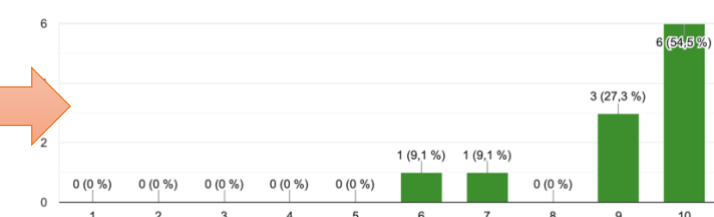
Moyenne : 8,4

Une accueillante a répondu « 5 »

Un kinésithérapeute a répondu « 6 »

Les 9 autres participants ont répondu entre 8 et 10

L'animation de la formation par un binôme médecin-psychologue est pertinente
11 réponses



Moyenne : 9,1

| Ce qui a été apprécié | Ce qui peut être amélioré |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité de l'information délivrée • Binôme médecin généraliste - psychologue • Convivialité • Clarté de l'exposé • Explication des valeurs seuils • Exemples pratiques | <ul style="list-style-type: none"> • Parler de la prise en charge des mésusages • Distribuer une fiche synthétique qui reprend les informations essentielles de l'exposé • Davantage de contenu théorique • Meilleure gestion du temps (fin un peu accélérée) |

3.7.1.2 Choix d'objectifs et de moyens

2 participants (1 kinésithérapeute et 1 infirmière) ont répondu au questionnaire électronique envoyé après le choix d'objectifs SMART et de moyens concrets. L'ensemble des résultats sont consultables à l'annexe 11.

En voici les enseignements principaux :

- A la question « sur une échelle de 1 à 10, à quel point cette étape était UTILE pour améliorer l'application du RPIB au sein de l'équipe ? », les deux participants ont répondu « 8 ».
- A la question « sur une échelle de 1 à 10, à quel point la méthode employée (petits papiers) était EFFICACE pour atteindre l'objectif de la réunion ? », les participants ont répondu « 8 » et « 9 ».

| Ce qui a été apprécié | Ce qui peut être amélioré |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Avis de chacun pris en compte• Diversité des objectifs fixés• Répartition facile des tâches | / |

3.7.1.3 Suivi des objectifs

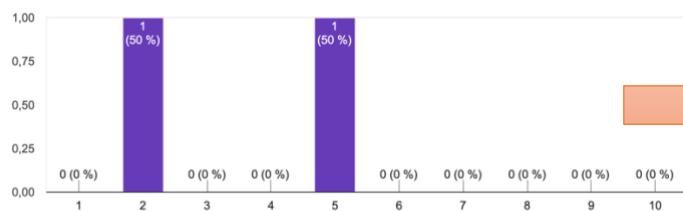
2 participants (1 kinésithérapeute et 1 infirmière) ont répondu au questionnaire électronique envoyé après la réunion de suivi des objectifs. L'ensemble des résultats sont consultables à l'annexe 12.

En voici les enseignements principaux :

- A la question « sur une échelle de 1 à 10, à quel point cette étape était UTILE pour améliorer l'application du RPIB au sein de l'équipe ? », les deux participants ont répondu « 10 ».
- A la question « sur une échelle de 1 à 10, à quel point la méthode employée (réviser un par un l'avancement de chaque groupe) était EFFICACE pour atteindre l'objectif de la réunion ? », les participants ont répondu « 9 » et « 10 ».

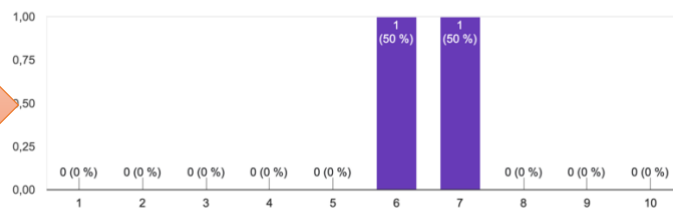
Avant le tout début de ce processus de recherche-action, te sentais-tu à l'aise pour dépister la consommation d'alcool problématique avec les patient.e.s ?

2 réponses



A présent, suite à l'ensemble des actions mises en oeuvre, te sens-tu à l'aise pour dépister la consommation d'alcool problématique avec les patient.e.s ?

2 réponses



| Ce qui a été apprécié | Ce qui peut être amélioré |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vision globale de l'ensemble des objectifs et des moyens déployés • Le processus de décision collective | / |

3.7.2 Efficacité

Le focus group a été réalisé le 31 janvier 2023. 13 personnes ont participé (8 médecins, 2 accueillantes, 1 kinésithérapeute, 1 infirmière, 1 psychologue). Sa retranscription est consultable à l'annexe B.

La codification des verbatims, issus de la méthodologie de la théorisation ancrée (Lebeau et al., 2021), a permis d'en extraire les enseignements suivants :

Chez les médecins

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • + de compassion/d'empathie à l'égard des patients alcoolodépendants • + d'envie/de motivation à pratiquer le RPIB • - d'attentes vis-à-vis des patients concernés par un mésusage • + de confiance en soi/sentiment de compétence à pratiquer le RPIB • + de facilité à pratiquer le RPIB • + de connaissance au sujet du mésusage d'alcool • - de peur/d'appréhension à pratiquer le RPIB • Souligne l'intérêt d'une intervention <u>multimodale</u>, en opposition à une formation isolée sur les mésusages d'alcool | <ul style="list-style-type: none"> • Toujours besoin de référer les cas complexes • Toujours des lacunes sur la prise en charge des alcoolodépendants sévères • Le RPIB n'est toujours pas une pratique systématique dans leur pratique de soins • Crainte que les bénéfices de l'action ne se perdent sur le long terme |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • L'organisation concomitante et intégrée de la campagne « tournée minérale » ajoute des bénéfices <ul style="list-style-type: none"> ○ – de risque (perçu par les médecins) de stigmatisation ○ + de facilité à pratiquer le RPIB | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Chez les kinésithérapeutes

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • + de connaissance au sujet des mésusages • Perçoivent + la consommation d'alcool à risque comme un sujet important | <ul style="list-style-type: none"> • N'appliquent pas + le RPIB • RPIB toujours perçu comme hors des missions de soins du kiné (responsabilité) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Chez la psychologue

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • + de connaissance au sujet des mésusages • + de facilité à vulgariser les mésusages auprès des patients qui en parlent pendant les soins | <ul style="list-style-type: none"> • N'applique pas + le RPIB • RPIB toujours perçu comme hors des missions de soins du psychologue |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Chez l'infirmière

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • + de connaissance au sujet des mésusages • Perçoit + la consommation d'alcool à risque comme un sujet important | <ul style="list-style-type: none"> • N'applique pas + le RPIB • RPIB toujours perçu comme hors des missions de soins de l'infirmière |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Questions sur la méthode

A la fin de ce focus group, il a été demandé oralement aux participants :

- Si l'action et son déroulement ont-ils été perçu comme participatif.
→ Réponse : oui à l'unanimité.
- Si la dimension participative avait apporté une plus-value.
→ Réponse : oui à l'unanimité.

3.7.3 Transférabilité

Comme mentionné plus tôt dans ce travail, l'outil ASTAIRE a été utilisé pour évaluer la transférabilité de la campagne.

La grille remplie, composée de 18 critères répartis en 4 catégories, est consultable à l'annexe 13.

4 Discussion

La question de recherche était « Un programme multimodal, multidisciplinaire et co-construit peut-il améliorer la confiance d'une équipe soignante dans une maison médicale semi-rurale à pratiquer le repérage précoce et l'intervention brève relatifs à une consommation problématique d'alcool ? ».

Cette campagne aura duré un peu plus de 6 mois, du 21/06/2022 au 31/01/2023.

Conformément à l'esprit collaboratif de la recherche-action, la campagne a été légèrement modifiée par l'ajout d'une étape supplémentaire de formation. La campagne a produit différents outils, agissant à des endroits différents au sein de la maison médicale. Ces outils ont été imaginés, construits et évalués par les soignants eux-mêmes.

Récapitulons la chronologie des différentes étapes :

1. La revue méthodique de la littérature scientifique a permis d'identifier les freins à la pratique du RPIB en médecine générale les plus connus : manque de confiance en soi, manque de connaissance, manque de temps. De multiples personnes ressources en alcoologie et en méthodologie de la recherche-action ont été rencontrées.
2. L'analyse des représentations autour de l'alcool et des déterminants à la pratique du RPIB au sein de l'équipe ont révélé 3 grands concepts : la (le manque de) **compétence**, la **responsabilité**, la **culture**. Ces concepts sont conformes aux résultats étayés dans la littérature.
3. La formation collective a permis d'augmenter le **savoir** collectif au sujet des mésusages d'alcool.
4. La création et le suivi des objectifs **a autonomisé l'équipe** dans la construction d'actions centrées sur leurs besoins, adaptées à leurs moyens. Les moyens d'action que les participants ont souhaité utiliser sont :
 - a. Un dispositif de communication à destination des patients.
 - b. Un outil d'aide à la consultation en médecine générale (voir annexe C).
 - c. Un meilleur encodage de la consommation d'alcool dans le DMI.
 - d. La préparation de la campagne « Tournée Minérale ».
5. Une étape de **formation supplémentaire**, davantage axée sur la pratique du RPIB, a augmenté le **savoir-faire** des médecins généralistes.
6. L'évaluation a analysé le processus, l'efficacité et la transférabilité de la R-A.

On remarque ainsi comment l'équipe s'est saisie des déterminants à la pratique du RPIB identifiés lors du focus group d'entrée pour créer des outils et des interventions qui répondent à ces freins :

- Les deux étapes de *formation* ont augmenté la **compétence** de l'équipe.
- *L'outil d'aide à la consultation* et *l'item « consommation alcool » dans le dossier médical informatisé (DMI)* encouragent chacun à prendre ses **responsabilités** vis-à-vis du RPIB de la consommation d'alcool (spécifiquement pour les médecins, voir suite de la discussion).
- Les *affiches, brochures* et la *campagne « Tournée Minérale »* ont permis de créer une **ambiance** autour de la patientèle propice au RPIB, comme une « **contre-culture** » face à la culture favorable à l'alcool au sein de notre société.

4.1 Confiance à pratiquer le RPIB

Les évaluations réalisées pendant le processus et surtout lors du focus group final révèlent une **hausse de la confiance à pratiquer le RPIB chez les médecins généralistes**. Ces derniers déclarent aussi avoir plus d'empathie, et moins d'attentes envers les patients concernés par le mésusage d'alcool. Ils regrettent cependant que le RPIB ne se soit pas intégré dans leur pratique comme une démarche systématique. On peut se demander si un tel objectif, conforme aux recommandations de la Revue Cochrane (Kaner et al., 2018), est atteignable en pratique et quelles sont les actions supplémentaires qui auraient permis d'y parvenir.

Un autre questionnement soulevé par les participants est celle de la pérennité des bénéfices liés à cette campagne. Vont-ils se prolonger dans le temps ? Les outils d'aide à la consultation, l'item *alcool* dans le DMI sont a priori intemporels. En revanche, la campagne Tournée Minérale et le renouvellement du matériel d'information au patient nécessiteront une attention et un suivi pour ne pas se perdre et finir par disparaître. Cela pose la question de l'utilité de désigner un responsable du suivi, quand l'instigateur principal de l'intervention quitte le lieu de soins, comme ce fut le cas ici. Ce rôle de responsable du suivi, pourrait être attribué par exemple à l'infirmière en santé communautaire, ou à un médecin.

4.2 Différence de point de vue entre les médecins généralistes et les autres soignants & intérêt de la multidisciplinarité

Le focus group d'entrée, explorant les représentations des soignants autour de l'alcool et identifiant les déterminants influençant la pratique du RPIB, a permis de révéler une **différence fondamentale** entre les différentes professions exercées au sein de l'équipe :

- Les médecins généralistes considèrent le RPIB comme faisant partie de leurs missions, à l'unanimité. Ils pensent que c'est aussi le rôle des kinésithérapeutes et des infirmiers, et ne se prononcent pas sur celui de la psychothérapeute.
- L'ensemble des autres secteurs (kinésithérapeutes, infirmière, psychothérapeute, accueillante) estime que ce n'est pas leur rôle de pratiquer le RPIB, et que cette tâche requiert les compétences du médecin généraliste.

Avoir identifié dès le départ, collectivement, cette différence de perception, et pouvoir en discuter librement et sans jugement lors du focus group, a certainement eu des conséquences sur la suite de la campagne. Ces conséquences restent néanmoins difficiles à évaluer. On peut imaginer que cette prise de conscience a permis d'éviter certains écueils ou malentendus, comme celui de vouloir créer et distribuer de bonne foi des outils d'aide au RPIB à des professionnels qui n'en veulent pas. On aurait pu s'attendre à ce que ces perceptions évoluent, au fur et à mesure que la campagne progresse, mais les résultats semblent plutôt indiquer le contraire.

On peut se demander comment s'explique cette différence de perception. Pourquoi les soignants non-médecins de la maison médicale estiment-ils que ce n'est pas leur mission de pratiquer le RPIB ? Est-ce le reflet fidèle de ce que pensent la majorité des infirmiers, kinésithérapeutes, psychothérapeutes ? Cette dichotomie se retrouve-t-elle dans les autres lieux de soins multidisciplinaires ? Est-ce lié à d'éventuels rapports hiérarchiques conscients ou inconscients entre les médecins et les autres secteurs ?

Ces questions devraient être explorées profession par profession. La dernière revue systématique Cochrane à propos du RPIB, qui démontre une efficacité en *première ligne de soins*, la définit comme *l'ensemble des soins accessibles directement au patient, sans renvoi requis d'un autre professionnel* (Kaner et al., 2018). En Belgique, les soins infirmiers et psychologiques répondent à cette définition. Et effectivement, dans les descripteurs *MeSH* retenus par la revue Cochrane figurent « *psychotherapy* ». En outre, de nombreuses études

incluses dans la revue systématique concernent la pratique du RPIB par les infirmières. La littérature semble ainsi plutôt plaider en faveur de la pratique du RPIB par ces deux professions.

La responsabilité des kinésithérapeutes est plus floue. Si on se base sur cette même définition de la première ligne par la Revue Cochrane, la kinésithérapie en est exclue car elle requiert, en Belgique du moins, une prescription médicale. La kinésithérapie n'apparaît d'ailleurs ni dans les descripteurs MeSH ni dans les études incluses par la revue Cochrane. Lorsqu'on introduit sur PubMed les descripteurs MeSH « mésusages d'alcool » et « physiothérapie », on ne trouve que... 6 articles, tous non pertinents⁵. Il semble donc que nous manquons de preuve probante sur ce sujet. Néanmoins, si on se réfère à la définition de la physiothérapie proposée par la confédération mondiale de la physiothérapie, à laquelle souscrit la société scientifique francophone de kinésithérapie, on peut lire que « *les physiothérapeutes s'attachent à identifier et à maximiser la qualité de vie et le potentiel de mouvement des gens dans les domaines de la promotion, de la prévention, du traitement, de l'intervention et de la réadaptation. Ces sphères englobent le bien-être physique, psychologique, émotionnel et social.* »⁶. Le débat reste ouvert.

Quoiqu'il en soit, cette perception des professionnels non-médecins que la pratique du RPIB ne fait pas partie de leurs missions explique sans doute la campagne n'ait pas permis d'augmenter leur confiance à pratiquer le RPIB. On peut ainsi potentiellement tirer un autre enseignement de nos résultats : pour qu'une telle campagne augmente la confiance à pratiquer le RPIB, il faudrait comme préalable que les professionnels concernés se sentent responsables de le faire.

On peut se demander si, dans un contexte où les professionnels non-médecin refusent cette responsabilité, la dimension *multidisciplinaire* de ce programme a été si importante et bénéfique ? Il est par exemple intéressant de constater qu'il y avait au moins un médecin dans chaque groupe de travail. Les outils d'aide à la pratique ont été conçus pour être utilisés par les médecins uniquement. La seconde étape de formation spécifique, bien qu'elle fût ouverte aux soignants paramédicaux de la maison médicale qui le souhaitaient, n'a été fréquentée que par

⁵ Recherche réalisée le 25/04/2023, en utilisant les descripteurs MeSH « troubles liés à l'alcool » (D019973) et « kinésithérapeutes » (D059825) traduit en français par l'INSERM (www.hetop.eu)

⁶ Accessible gratuitement online le 25/04/2023, sur <https://world.physio/sites/default/files/2022-05/PS-2019-Description-of-PT-French.pdf>

des médecins. Ceci peut laisser penser que cette campagne aurait pu donner un résultat similaire sans impliquer les autres disciplines de soins. Néanmoins, les autres disciplines ont apporté un regard extérieur lors des discussions d'équipe. Les professionnels paramédicaux ont investi de l'énergie et produit des idées dans les groupes de parole et lors de la création des objectifs. Ils ont permis d'aborder des notions telles que la culture autour de l'alcool, la responsabilité du soignant et du patient et ont contribué, par leur participation à certains groupes de travail, à la réalisation des objectifs fixés par l'équipe. C'est particulièrement vrai pour l'infirmière en santé communautaire, qui a assuré en grande partie l'organisation de la campagne Tournée Minérale et la mise à disposition du matériel d'information en salle d'attente. Finalement, l'aspect multidisciplinaire a aussi permis de créer une compréhension et un soutien institutionnels à cette campagne, plutôt qu'un soutien uniquement sectoriel. L'étape de formation collective a permis d'augmenter et d'harmoniser les connaissances de tous les soignants de la maison médicale, ce qui tend à limiter les discours contradictoires entre soignants et à augmenter la cohérence générale au sein de la pratique. La nécessité de la multidisciplinarité reste donc à mes yeux une question ouverte : sans doute sera-t-elle plus ou moins exploitée et mise à profit selon les lieux de soins et les dynamiques propres à chaque équipe participante.

4.3 Intérêt de la dimension collaborative

La dimension collaborative a été appréciée et saluée par l'ensemble des participants. Certains estiment que cette approche leur a permis de mieux accepter et intégrer l'acquisition de nouvelles compétences, d'autres se demandent si le même résultat n'aurait pas été obtenu même sans cette intention collaborative.

Il est vrai que la méthodologie, en particulier le début de la campagne, est inductive : elle commence par un groupe de parole sur un sujet présélectionné (le RPIB alcool) pour lequel les participants n'ont pas encore de pouvoir de décision. Ensuite est demandée la validation de cette thématique, et est suggérée une étape de formation collective qui aura vraisemblablement lieu si personne ne s'y oppose. Suivent ainsi de la même manière une étape de création d'objectifs puis de suivi des objectifs. Néanmoins, les objectifs et les outils créés émanent entièrement de la créativité de l'équipe participante. C'est là que se marque sans doute particulièrement l'intérêt d'une démarche collaborative : doit-on se former davantage ? Peut-on adapter notre logiciel médical ? A-t-on l'envie et les forces vives pour organiser une campagne « Tournée Minérale » ? Ce sont autant de questions que l'équipe participante s'est

posée... mais que d'autres participants ne se poseront peut-être pas, au profit d'autres idées originales. Cette approche de construction collaborative semble en tous cas avoir eu le mérite d'augmenter l'acceptabilité et l'adhésion des participants aux objectifs fixés et aux moyens développés, si l'on en croit les propos tenus lors du focus group de clôture. A ce titre, il est intéressant de constater que la quasi-totalité des objectifs fixés par l'équipe ont été atteints six mois plus tard.

4.4 Intérêt de la multimodalité

La multimodalité, soit le fait d'agir simultanément à plusieurs niveaux du lieu de soins (consultation, salle d'attente, logiciel médical, médias sociaux, etc.), a été plébiscitée par les participants. Les médecins, en particulier, ont exprimé se sentir plus à l'aise de pratiquer le RPIB lorsque des messages similaires circulent en salle d'attente ou dans les médias.

4.5 Transférabilité

La grille ASTAIRE a permis de répertorier 18 critères listant une série de spécificités liées au contexte autour de cette campagne, qu'il ne faudra pas négliger si cette intervention veut être répétée dans un autre contexte. Parmi ces critères, quelques-uns méritent d'être mis en avant :

- La fonction occupée par *l'animateur*, aussi appelé *instigateur* de la recherche. On peut penser que la personnalité et la motivation de l'animateur ont influencé les résultats obtenus. Sa position très particulière, *de médecin généraliste en formation voulant réaliser son TFE sur ce sujet*, a très certainement aussi influencé une partie du processus et des décisions de l'équipe participante, sans bien pouvoir discerner précisément comment.
- La Maison Médicale d'Aye : la campagne a débuté alors que la maison médicale venait d'être fondée. Cela implique de multiples spécificités (motivation de l'équipe, disponibilité, place pour de nouveaux projets, absence d'antécédents de campagne alcool...) qui ont pu influencer les résultats obtenus.

4.6 Forces, faiblesses et perspectives

Cette recherche-action avait pour objectif d'évaluer comment une intervention multimodale, multidisciplinaire et participative pouvait améliorer la facilité d'une équipe soignante à appliquer le RPIB. Les participants ont exprimé, lors du focus group de clôture, que la campagne a effectivement revêtu un caractère multimodal, multidisciplinaire et participatif, ce

qui laisse penser que la méthodologie a atteint son objectif et a permis de tester l'hypothèse de départ.

L'analyse des focus group a été réalisée avec rigueur, selon une méthodologie largement employée dans les études qualitatives : retranscription manuelle puis théorisation ancrée.

L'évaluation de la R-A a employé trois abords différents (processus – efficacité – transférabilité), permettant une analyse des résultats robuste et complexe. L'analyse de la transférabilité permet au lecteur qui le souhaite de reproduire la recherche-action dans sa propre pratique, en ayant à l'esprit les points d'attention et les fonctions-clés.

Des experts de l'alcoologie et de la méthodologie de la R-A ont été consultés lors de la réalisation de cette recherche-action, permettant d'enrichir la qualité des références bibliographiques et du design méthodologique.

En outre, le travail se fonde au préalable sur une revue méthodique de la littérature. Elle a néanmoins été limitée aux articles accessibles gratuitement et aux revues systématiques (*sur PubMed*), laissant potentiellement de côté certains articles pertinents.

On doit souligner l'existence potentielle d'un biais de désirabilité : l'évaluation, par focus group et formulaire électronique, n'évite pas le risque que les participants, par volonté de ne pas nuire à ce travail de fin d'étude ou de décevoir son instigateur, ait tenu un discours volontairement positif et encourageant. Ce biais a tenté d'être minimisé en valorisant oralement les opinions contradictoires ou défavorables, et en permettant de s'exprimer à distance et par écrit à l'aide des formulaires électroniques.

L'évaluation du processus est limitée par un faible taux de réponse aux formulaires électroniques, rendant difficile l'extrapolation des résultats. A posteriori, il aurait été utile d'envoyer des courriels de rappel pour augmenter la proportion de répondants, et d'explorer lors du focus group d'évaluation les raisons de ce faible taux de réponse.

Il faut aussi noter l'absence de triangulation des données analysées. L'instigateur était le seul et unique chercheur, sa subjectivité et sa personnalité ont influencé l'analyse et l'interprétation des données.

Il aurait été intéressant d'évaluer l'impact de cette intervention sur le taux de RPIB réalisé dans la pratique. Cet indicateur n'a pas été retenu pour des contraintes *techniques* (les RPIB préalables à l'intervention ont été très peu encodés dans les dossiers médicaux des patients, rendant la comparaison avant-après difficile ; par ailleurs, le logiciel médical de la maison

médical n'a jamais pu nous fournir des métadonnées à propos de l'item alcool malgré de multiples contacts avec leur service client), *éthiques* (l'atteinte à la confidentialité des données auraient nécessité de nombreuses précautions supplémentaires) et de *moyens temporels et humains* non disponibles dans le cadre de ce TFE.

Enfin, cette recherche-action n'a pas impliqué de patients dans sa co-construction. Ce choix délibéré se justifie précisément par l'indicateur évalué : la facilité des soignants à pratiquer le RPIB, et non la consommation d'alcool en elle-même. Une recherche-action à plus large amplitude, qui viserait à agir directement sur la consommation d'alcool des patients, devrait prendre en compte les déterminants liés aux patients et donc inclure des patients dès sa conception.

Cette recherche-action, aux résultats encourageants, devrait être reproduite dans d'autres contextes de première ligne de soins pour mieux cerner les facteurs qui ont été déterminants. Obtient-on les mêmes résultats dans un milieu urbain ? Et Rural ? Et dans une pratique de médecine générale solo ? La différence de perception entre médecins et non-médecins se répète-t-elle dans d'autres équipes multidisciplinaires ? Ces études pourraient également explorer la reproductibilité des outils créés par d'autres équipes : sont-ils semblables à ceux produits ici ? La méthodologie laisse-t-elle suffisamment de place à la créativité ?

5 Conclusion

Cette recherche-action a évalué l'efficacité d'un programme multimodal, multidisciplinaire et co-construit pour améliorer la confiance d'une équipe soignante de première ligne à pratiquer le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) concernant le mésusage d'alcool. Si l'ensemble des participants déclarent avoir davantage de connaissances au sujet des mésusages d'alcool à la suite du programme, seuls les médecins généralistes se disent plus confiants à pratiquer le RPIB. Le fait que les soignants non-médecins n'identifient pas le RPIB comme faisant partie de leurs missions explique sans doute cette différence de résultats. On peut ainsi conclure que ce programme a permis d'augmenter le niveau de connaissance de toute l'équipe, et d'augmenter la confiance à pratiquer le RPIB chez les professionnels qui se sentent concernés.

Néanmoins, ne tirons pas de conclusions hâtives. Comme le dit très bien Linda Cambon, « *les interventions en promotion de la santé intègrent de nombreuses composantes (populationnelles, environnementales, interventionnelles) pouvant interagir de façon interdépendante et/ou indépendante. Par leur nature, les actions en promotion de la santé sont donc complexes. Leurs effets sont autant le fruit de l'intervention elle-même que du contexte dans lequel elles s'insèrent. Ainsi même si une intervention a montré son efficacité dans un contexte donné, les effets observés seront rarement identiques dans un autre contexte* » (Cambon et al., 2015). Il convient donc de garder à l'esprit que ces résultats ne sont pas transposables tel quels dans d'autres pratiques, mais que la méthode utilisée pourrait, elle, être reproduite.

C'est à cette fin qu'a été utilisé l'outil ASTAIRE, validé pour analyser la transférabilité d'une intervention de promotion de la santé. Quiconque veut reproduire cette intervention dans une autre pratique de première ligne peut s'emparer du fruit de cette analyse, et utiliser la deuxième grille de l'outil ASTAIRE, dédiée à l'accompagnement au transfert d'une intervention (Cambon et al., 2015). Une telle démarche serait intéressante à plus d'un titre. Elle permettrait d'examiner si des résultats similaires sont obtenus dans d'autres pratiques ; de constater à quel point les outils co-crés par d'autres participants diffèrent ou non de ceux qui ont été produits ici ; elle permettrait surtout d'affiner et d'améliorer le programme pour le rendre plus performant et plus transférable encore. Par ailleurs, le même programme pourrait aussi être

répété *au sein de la même équipe*, en repartant des besoins exprimés par les participants et en identifiant de nouveaux objectifs et moyens d'action en regard.

Finalement, ce travail propose aux médecins généralistes et à la première ligne de soins une piste d'action différente des interventions habituellement pratiquées pour promouvoir la pratique du RPIB concernant le mésusage d'alcool. Centrée sur la confiance des soignants, participative, engageant plusieurs disciplines et agissant à plusieurs endroits du soin, elle peut lever certains freins spécifiques à l'usage du RPIB en médecine générale, liés notamment la culture pro-alcool de nos pays occidentaux qui nécessitent que chaque équipe soignante s'y penche sérieusement. A mi-chemin entre la recherche et l'action de terrain, elle constitue aussi une opportunité pour les professionnels de santé de s'essayer à la recherche scientifique, sans pour autant délaisser la pratique quotidienne des soins. La médecine générale et la promotion de la santé ont grandement besoin de chercheurs de terrain, pour rendre compte de leurs observations au monde médical et contribuer à l'amélioration des pratiques. Gageons que ce travail puisse donner l'envie à quelques-uns de s'y risquer.

6 Bibliographie

- Alexandre, S. (2017). *A quand un “plan alcool” ambitieux?*
<https://www.lalibre.be/debats/opinions/2017/03/22/a-quand-un-plan-alcool-ambitieux-opinion-TD27INKAXBC57BI3BAG2UP6G6Q/>
- Anderson P, Braddick F, Reynolds J & Gual A eds. (2013) *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2nd ed. The AMPHORA project. ISBN: 978-84-695-7411-9
- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2015). Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé: *ASTAIRE: Santé Publique*, Vol. 26(6), 783–786. <https://doi.org/10.3917/spub.146.0783>
- Douiller, A. (2020). *27 techniques d’animation pour promouvoir la santé*. COUDRIER.
- Dzidowska, M., Lee, K. S. K., Wylie, C., Bailie, J., Percival, N., Conigrave, J. H., Hayman, N., & Conigrave, K. M. (2020). A systematic review of approaches to improve practice, detection and treatment of unhealthy alcohol use in primary health care: A role for continuous quality improvement. *BMC Family Practice*, 21(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1101-x>
- E-learning: Mieux détecter les consommations nocives d’alcool*. (2022, June 13). SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/news/e-learning-mieux-detecter-les-consommations-nocives-dalcool>
- Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018: Consommation d’alcool*. Bruxelles, Belgique: Sciensano ; Numéro de rapport: D/2019/14.440/65. Disponible en ligne: www.enquetesante.be.
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>
- Keurhorst, M., van de Glind, I., Bitarello do. Amaral-Sabadini, M., Anderson, P., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Braspenning, J., Wensing, M., Heinen, M., & Laurant, M. (2015). Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: A meta-analysis: Management of heavy alcohol consumption. *Addiction*, 110(12), 1877–1900. <https://doi.org/10.1111/add.13088>

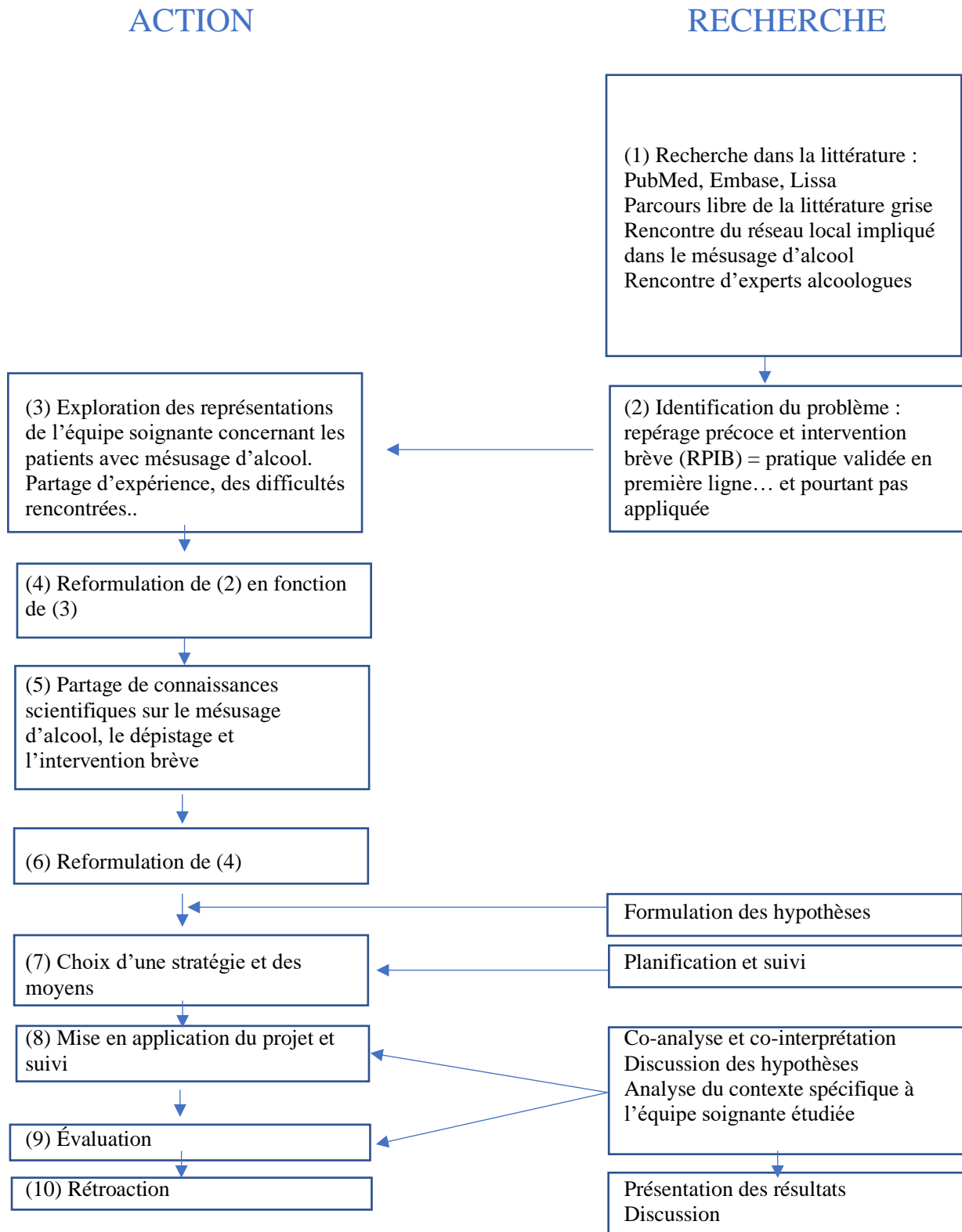
- Lambert, H., Aujoulat, I., Delescluse, T., Doumont, D., & Ferron, C. (2021). *Onze fondamentaux en promotion de la santé: Des synthèses théoriques*. (UCLouvain/IRSS-RESO&Promotion Santé Normandie&Fnes).
- Lebeau, J.-P., Aubin-Auger, I., Cadwallader, J.-S., Londe, J. G. de la, & Collectif. (2021). *Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Wolters Kluwer Health France.
- Mistiaen, P., & Kohn, L. (2015). *Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium* (KCE). <https://kce.fgov.be/fr/publications/newsletter/kce-medecine-generale-02/pourquoi-si-peu-de-prise-en-charge-des-problemes-dalcool>
- Mistiaen, P., Kohn, L., Mambourg, F., Ketterer, F., Tiedtke, C., Lambrechts, M., Godderis, L., Vanmeerbeek, M., Eyssen, M., & Paulus, D. (2016). *Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool ?* (No. 258B). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Narcy-Combes, J.-P. (1998). La problématique action research/recherche-action et le travail coopératif. *ASp*, 19–22, 229–238. <https://doi.org/10.4000/asp.2835>
- Phan, T., Yana, J., Fabre, J., Yana, L., Renard, V., & Ferrat, E. (2020). Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes: Enquête auprès de patients en soins premiers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(4), 215–225. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.06.003>
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2013). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rosário, F., Santos, M. I., Angus, K., Pas, L., Ribeiro, C., & Fitzgerald, N. (2021). Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: A systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*, 16(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01073-0>
- Société Française d'Alcoologie. (2015). Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie*, 37(1), 5–84.
- Spithoff, S., & Kahan, M. (2015). Prise en charge en soins primaires des troubles liés à l'usage d'alcool et de la consommation à risque. *Canadian Family Physician*, 61(6), e259–e265.

Sturgiss, E., & Lam, T. (2022). Patient and clinician perspectives of factors that influence the delivery of alcohol brief interventions in Australian primary care: A qualitative descriptive study. *Family Practice*, 39(2). <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab091>

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>

7 Annexes

7.1 Annexe 1 – Design méthodologique, inspiré du cycle de la R-A selon Narcy



7.2 Annexe 2 – Canevas d’entretien du focus group 1

Mot de bienvenue. Distribution des formulaires de consentement. Présentation de l’observateur et de l’animateur.

Lancement de l’enregistrement.

En tant que médecin généraliste en formation, je suis tenu de réaliser un travail de recherche en médecine générale à la fin de mes études. J’ai choisi de travailler sur le thème de la consommation problématique d’alcool. Je précise que j’ai suivi un certificat interuniversitaire d’un an sur la prise en charge des patients en mésusage d’alcool. Lors de mes recherches dans la littérature scientifique, j’ai appris que le dépistage et l’intervention brève (*on appelle intervention brève le fait d’expliquer les seuils d’une consommation à risque et de proposer son aide au patient s’il le désire*) étaient très efficaces en première ligne pour réduire la consommation d’alcool des patients surconsommateurs. J’ai aussi appris que malgré cette efficacité démontrée, ce dépistage et cette intervention brève étaient très peu appliqués. Une série de freins généraux liés au système de soins et à la formation des soignants, entre autres, expliquent cette maigre application.

A la suite de cette recherche de littérature, je me suis demandé comment nous pourrions davantage appliquer le dépistage et l’intervention brève dans la maison médicale, malgré ces freins. Mon postulat est que l’élaboration collective d’une intervention multimodale, qui tienne compte des freins généraux mais aussi de nos freins spécifiques, pourrait nous encourager à appliquer davantage le dépistage et l’intervention brève.

Pour parvenir à cette fin, je vous propose de participer à un processus collaboratif en plusieurs étapes illustré ici. Lors de chaque étape, j’animerai sobrement le déroulé des discussions et j’utiliserai des outils d’intelligence collective avant que chaque participant ait l’occasion d’exprimer ses idées.

Aujourd’hui, je vous propose de discuter de notre ressenti face aux patients surconsommateurs d’alcool et de partager notre expérience en tant que soignant face à ce type de patient. L’objectif est d’identifier quelles sont nos difficultés et nos besoins pour soigner et dépister les patients en mésusage d’alcool.

Directives pour la discussion :

- Pas de bonnes ou mauvaises réponses, seulement des points de vue différents.
- Nous procédons à un enregistrement audio, une personne à la fois.
- Nous nous appelons par nos prénoms.
- Vous n’avez pas besoin d’être d’accord avec les autres, mais vous devez écouter respectueusement les autres partager leurs points de vue.
- Mon rôle de modérateur sera de guider la discussion.
- Parlez aux autres.

OUVERTURE

Comment les patients en mésusage d'alcool impactent votre travail ?

TRANSITION

J'aimerais vraiment que vous me parliez de certaines de vos expériences avec des patients en mésusage d'alcool.

Comment vous sentez-vous quand l'alcool est abordé dans votre pratique ?

Comment réagissez-vous quand vous avez le sentiment que l'alcool joue/pourrait jouer un rôle dans la santé de vos patients ?

QUESTIONS-CLES

Abordez-vous facilement la question de la consommation d'alcool avec vos patients ?

Dans l'état actuel des choses, est-il facile de recueillir les antécédents de consommation d'alcool des patients de votre cabinet ? Échelle de 1 à 10 Sondez : Pourquoi avez-vous donné cette note ?

Il existe de nombreuses approches différentes pour découvrir la consommation d'alcool. Que se passe-t-il dans votre pratique ?

En pensant à la dernière conversation que vous avez eue avec un patient sur l'alcool, qu'est-ce qui a été difficile ?

Qu'est-ce qui aurait pu faciliter cette conversation selon vous ?

QUESTION FINALE

A l'issue de cette discussion, puis-je demander à chacun d'entre vous si la thématique du repérage précoce et de l'intervention brève concernant la consommation d'alcool vous paraît intéressante à approfondir en équipe ?

Quel objectif vous paraîtrait pertinent pour améliorer la prise en charge des patients en mésusage d'alcool ?

7.3 Annexe 3 - Canevas d'entretien du focus group 2

Directives pour la discussion :

- Pas de bonnes ou mauvaises réponses, seulement des points de vue différents.
- Nous procédons à un enregistrement audio, une personne à la fois.
- Nous nous appelons par nos prénoms.
- Vous n'avez pas besoin d'être d'accord avec les autres, mais vous devez écouter respectueusement les autres partager leurs points de vue.
- Mon rôle de modérateur sera de guider la discussion.
- Parlez aux autres.

OUVERTURE

Ces derniers mois, comment les patients en mésusage d'alcool ont impacté votre travail ?

TRANSITION

J'aimerais vraiment que vous me parliez de certaines de vos expériences récentes avec des patients en mésusage d'alcool.

Comment vous sentez-vous quand l'alcool est abordé dans votre pratique ?

Comment réagissez-vous quand vous avez le sentiment que l'alcool joue/pourrait jouer un rôle dans la santé de vos patients ?

QUESTIONS-CLES

Abordez-vous facilement la question de la consommation d'alcool avec vos patients ?

Dans l'état actuel des choses, est-il facile de recueillir les antécédents de consommation d'alcool des patients de votre cabinet ?

Comment l'intervention a influencé votre façon de parler d'alcool avec vos patients ?

Depuis l'intervention, abordez-vous différemment la question de la consommation d'alcool avec vos patients ?

Qu'avez-vous pensé de la manière dont cette intervention a été construite et mise en application ?

QUESTION FINALE

Quel sentiment global retenez-vous de cette intervention ?

ASTAIRE :

**Outil d'AnalySe de la Transférabilité et
d'accompagnement à l'Adaptation des
InteRventions en promotion de la santé**

V2–2013

Comment l'outil d'analyse a-t-il été conçu ?

Cet outil d'analyse de la transférabilité et d'accompagnement à l'adaptation des interventions en promotion de la santé a été réalisé à l'aide d'une méthode structurée de consultation d'experts, chercheurs et acteurs en promotion de la santé. Puis, il a fait l'objet, en France, d'une validation progressive, à l'épreuve du terrain, auprès de chefs de projets en promotion de la santé. Cette méthode a permis de retenir un certain nombre **de critères** présentés dans cet outil. Ces critères décrivent les types de facteurs susceptibles d'influencer la transférabilité. Ils sont organisés en **quatre grandes catégories** :

- la population : critères descriptifs de la population
- l'environnement : facteurs environnementaux susceptibles d'influencer les effets ;
- la mise en œuvre : éléments d'implantation de l'intervention, notamment en référence aux aspects de planification et aux partenariats. ;
- l'accompagnement au transfert : éléments qui permettent d'accompagner le transfert de l'intervention et contribue notamment à l'adaptation de cette dernière au nouveau contexte.

Une très grande majorité des critères est découpée **en un ou plusieurs sous-critères** qui par la caractérisation qu'ils font du critère permettent d'apprécier leur présence. Le tout constitue une checklist. La modalité de réponse est **une case à cocher** si le critère est présent.

Comment l'outil d'analyse doit-il être utilisé ?

Cet outil n'a pas vocation à se substituer aux démarches usuelles de planification utilisées par les acteurs mais de s'y insérer. Il apporte essentiellement des éléments d'analyse de paramètres influençant la transférabilité d'une intervention. Il convient donc de l'utiliser dans la démarche suivante :

- Une logique de projet structurée jusqu'à l'évaluation : diagnostic – définition des objectifs – programmation – évaluation.
- Des partenaires associés dès la conception, y compris la population
- Des principes éthiques en promotion de la santé

Cet outil a été structuré en deux grilles :

- **Une grille à utiliser lors de la conception d'une intervention mère et en reporter les éléments descriptifs** (1^{er} cas de figure évoqué ci-dessus). Dans ce cas, cette grille contribue à construire l'intervention mère pour la rendre transférable et à la décrire précisément pour les acteurs qui souhaiteraient la transférer. La prise en compte de la transférabilité est en effet à prendre dès la conception de l'intervention mère, parallèlement à l'évaluation de son efficacité. **C'est la grille n°1 de ce document qui comprend 18 critères.**
=> Cette grille s'utilise donc dès la conception de l'intervention et lors de la réalisation de son compte rendu et de son évaluation.
- **Une grille à utiliser lorsque l'on souhaite transférer une intervention mère expérimentée ailleurs dans son propre contexte d'exercice** (2^{ème} cas de figure évoqué ci-dessus) ou, **évaluer a posteriori ce qui a pu générer une différence d'effets** entre l'intervention mère et l'intervention fille finalement implantée (3^{ème} cas

de figure évoqué ci-dessus). Dans ce cas, la grille permet de prendre la décision d'implanter l'intervention dans le contexte fille, de l'adapter et de comprendre les effets de l'intervention fille. **C'est la grille n°2 qui comprend 23 critères.**

=> Cette grille s'utilise à plusieurs étapes de la planification :

- au niveau du diagnostic pour recueillir et apprécier les éléments descriptifs de la population (catégorie 1), de l'environnement (catégorie 2), ainsi que les éléments de faisabilité de mise en œuvre (catégorie 3)
- au niveau de la définition des objectifs et de la programmation pour recueillir et apprécier les éléments descriptifs de la mise en œuvre (catégorie 3)
- en continue sur l'ensemble du cycle du projet pour les éléments relatifs aux modalités d'accompagnement au transfert (catégorie 4)
- au moment de l'évaluation pour l'ensemble des quatre catégories

L'utilisation de l'outil doit donc s'insérer dans les modalités d'élaboration du projet. Le temps nécessaire à son utilisation doit donc être pris en compte dans le cadre de la planification, et ce à chacune des étapes pré-citées.

Une fois la grille remplie, l'appréciation de la transférabilité n'est pas systématique, c'est-à-dire que l'approche n'est pas quantitativement liée au nombre de cases cochées. Comme dans toute démarche de transfert, c'est l'expertise des acteurs qui l'utilisent qui permet d'émettre le jugement de transférabilité ou non. Ceci peut se faire sur la base des principes suivants : le poids accordé à chaque catégorie de critères, voire aux critères eux-mêmes, la capacité des acteurs à adapter l'intervention sur certains aspects pour être davantage en conformité avec l'intervention mère ou modifier le contexte pour qu'il puisse accueillir l'intervention. Dans l'idéal, ce jugement doit être réalisé de manière collective. En ce sens, il s'agit de considérer l'outil comme **un outil d'aide à la décision** plutôt qu'une grille d'analyse ou d'évaluation.

Lexique

Intervention : terme générique définissant une action de proximité, un programme multi-stratégique, une modalité d'intervention, etc.

Intervention mère : intervention réalisée pour la première fois dans un contexte expérimental (de recherche) ou d'innovation (réalisée pour la première fois par des acteurs avec un dispositif d'évaluation)

Intervention fille : intervention qui est le fruit d'un transfert, c'est-à-dire une implantation d'intervention expérimentée/implantée pour la première fois dans un autre contexte.

Applicabilité : mesure dans laquelle le processus d'une intervention peut être implanté dans un autre contexte

Transférabilité : mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte

Grille n°1

Grille d'aide à la conception et à la description
d'une intervention en vue de la rendre
potentiellement transférable

POPULATION

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS :

1. **Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population**
Sous-critères : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe), état de santé

 2. **Les caractéristiques cognitivo-culturo-éducative de la population**
Sous-critères : Caractéristiques culturelles (modes de vie et représentations du monde), caractéristiques cognitives (connaissances), caractéristiques socio-éducatives

 3. **Le type de motivation de la population bénéficiaire de l'intervention**
Sous-critères : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et/ou motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)

 4. **L'accessibilité à l'intervention**
Sous-critères : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle

 5. **Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires**
Sous-critères : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'intervention, absence de relation interférente - type relation hiérarchique

 6. **La perception de l'utilité de l'intervention par les bénéficiaires**
Sous-critères : L'intervention est une priorité, elle est reconnue efficace, elle est reconnue bien-fondée

 7. **La demande émanant de la population**
Sous-critères : Recueil et prise en compte de la demande

 8. **La perception de ses besoins de santé par la population**
Sous-critères : Recueil et prise en compte dans l'intervention

 9. **Le niveau de participation des bénéficiaires**
Sous-critères : Taux de participation

 10. **Le degré d'implication des bénéficiaires**
Sous-critères : Mobilisation, implication des bénéficiaires
-

ENVIRONNEMENT

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

11. L'environnement institutionnel directement influant sur l'intervention

Sous-critères : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalentes

12. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre

Sous-critères : Existence d'antécédents agonistes (par exemple, présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (par exemple autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention)

13. Les partenariats sollicités pour l'intervention

Sous-critères : Type de partenaires (ex: groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), implication des partenaires

MISE EN OEUVRE

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

14. Les modalités d'intervention

Sous-critères : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (ex : entre les acteurs), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

15. Les ressources pour l'intervention

Sous-critères : Financières, humaines

16. Les capacités des intervenants et chef de projet

Sous-critères : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique/pratique-expérientielle / savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences à la mise en œuvre de l'action mère acquise par une formation dédiée

17. Les modalités de mobilisation des intervenants

Sous-critères : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

18. Je fournis dans la communication de mon action les éléments nécessaires au transfert

Sous-critères : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (ex : professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de la mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires)

Grille n°2

Outil d'analyse de la transférabilité d'une
intervention et d'accompagnement au transfert

POPULATION

1. **Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille**
Sous-critères : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe), état de santé

2. **Les caractéristiques cognitivo-culturo-socio-éducative de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille**
Sous-critères : Caractéristiques culturelles (modes de vie et représentations du monde), caractéristiques cognitives (connaissances), caractéristiques socio-éducatives

3. **Le type de motivation de la population bénéficiaire est semblable dans les interventions mère et fille**
Sous-critères : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)

4. **L'accessibilité à l'intervention est semblable dans les interventions mère et fille**
Sous-critères : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle

5. **Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille**
Sous-critères : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'action, absence de relation interférente - type relation hiérarchique

6. **La population bénéficiaire fille croit en l'utilité de l'intervention mère**
Sous-critères : L'action est une priorité, elle est reconnue efficace, elle est reconnue bien-fondée

7. **La population bénéficiaire fille est autant en demande de l'intervention que la population bénéficiaire de l'intervention mère**
Sous-critères : Recueil et prise en compte de la demande

8. **Les populations mère et fille ont une perception semblable de leurs besoins de santé**
Sous-critères : Recueil et prise en compte dans l'intervention

9. **L'intervention mère est autant acceptable pour les populations bénéficiaires mères et filles**
Sous-critères : acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

10. **Le niveau de participation des bénéficiaires est identique dans les populations mères et filles²**
Sous-critères : Taux de participation

11. **Le degré d'implication des bénéficiaires est identique dans les populations mères et filles³**

² Cette question est adaptée au cas de figure d'évaluation à posteriori, les données nécessaires n'étant disponible qu'en fin d'action.

Sous-critères : Mobilisation, implication des bénéficiaires

ENVIRONNEMENT

12. L'environnement institutionnel fille directement influant sur l'intervention est favorable à la mise en place et au succès de l'intervention

Sous-critères : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalentes

13. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre fille sont favorables à la mise en place et au succès de l'intervention

Sous-critères : Existence d'antécédents agonistes (par exemple, présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (par exemple autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention)

14. Les partenariats sont comparables entre les contextes mère et fille

Sous-critères : Même type de partenaires (ex: groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), même implication des partenaires

MISE EN OEUVRE

15. Les modalités d'intervention de la mère et de la fille sont semblables

Sous-critères : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (ex : entre les acteurs), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

16. Les ressources sont à la hauteur de celles disponibles pour l'intervention mère

Sous-critères : Financières, humaines

17. Les intervenants et le chef de projet filles ont des capacités semblables à ceux de l'intervention mère

Sous-critères : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique/pratique-expérientielle / savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences à la mise en œuvre de l'action mère acquise par une formation dédiée

18. Les intervenants filles croient en l'utilité de l'intervention mère

Sous-critères : Intervention reconnue comme une priorité, efficace, bien-fondée, acceptation des valeurs et modalités d'intervention sur laquelle l'intervention est fondée

19. L'action mère est acceptable pour les intervenants filles

Sous-critères : acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

20. Les intervenants filles sont mobilisés de manière semblable dans les actions mère et fille

³ Cette question est adaptée au cas de figure d'évaluation à posteriori, les données nécessaires n'étant disponible qu'en fin d'action

Sous-critères : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

21. Des adaptations de l'intervention mère peuvent être (ont pu être) réalisées dans le contexte fille sans la dénaturer

Sous-critères : Le contexte le permet, le processus le prévoit dans l'intervention fille (diagnostic, programmation prenant en compte les enseignements de la mère, démarche de projet, pilotage, résultats analysés en continu pour ajuster l'intervention)

22. L'intervention mère a prévu et fournit tous les éléments pour être transférée ?

Sous-critères : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (ex : professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de la mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires)

23. Un processus de transfert de connaissances existe dans le contexte fille

Sous-critères : Le transfert de l'action est accompagné (appui scientifique, aide méthodologique), formation et accompagnement des acteurs filles à l'intervention mère, création de liens avec les promoteurs ou acteurs et/ou évaluateurs de l'intervention mère, prise en compte des enseignements tirés de l'intervention mère

Guide d'utilisation

Qu'est-ce que la transférabilité ?

Par leur complexité, les effets des interventions de promotion de la santé sont autant le fruit de l'intervention elle-même que du contexte dans lequel elles s'insèrent. Dans ce domaine, même si une intervention a montré son efficacité dans un contexte donné, les effets observés seront rarement identiques dans un autre contexte : l'intervention elle-même peut être applicable mais générer des effets autres que ceux observés dans le cadre de l'intervention primaire. En effet, de nombreuses caractéristiques peuvent influencer ces derniers : modulation de mise en œuvre de l'intervention, caractéristiques de la population, du système de santé, de l'environnement, des conditions d'implantation, etc.

La transférabilité d'une intervention est donc comprise dans ce document comme la mesure dans laquelle **les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte**¹. Elle est à distinguer de l'applicabilité (cf glossaire). Cette question est cruciale lorsqu'il s'agit de transférer une intervention complexe - comme le sont les interventions de promotion de la santé ou d'éducation pour la santé - d'un contexte à un autre et de s'assurer a priori d'effets identiques.

Quand la transférabilité doit-elle être analysée ?

Ce questionnement de la transférabilité peut intervenir dans trois cas de figure :

1. **Avant de réaliser une intervention nouvelle** - nous appellerons dans ce document ce type d'action une intervention « mère » : Se poser la question de sa potentielle transférabilité à ce moment permet, dès la conception de l'intervention, de prendre en compte l'ensemble des paramètres susceptibles d'influencer les effets et de les reporter dans les documents finaux descriptifs de l'intervention (rapport, article...). Il s'agit de bien décrire l'ensemble de ces paramètres pour faciliter la reprise de cette intervention par d'autres.
2. **Au moment de choisir et d'implanter une intervention, expérimentée par ailleurs** (appelé « mère »), dans un nouveau contexte - nous appellerons, dans ce document, ce type d'intervention une intervention « fille » : Se poser la question de la transférabilité à ce moment permet d'étudier la comparabilité des contextes et par conséquent la capacité de l'intervention à obtenir, dans le nouveau contexte, des effets identiques à ceux obtenus dans le contexte « mère ». Cette analyse peut conduire à trois décisions : refus d'implanter l'intervention, implantation de l'intervention avec des adaptations, implantation sans modification de l'intervention. Si le terme intervention est utilisé génériquement, ce vocable recoupe les réalités multiples- programme, action de proximité, modalités d'intervention (groupe de parole, ateliers, etc) - auxquelles sont confrontés les acteurs.
3. **Au moment d'évaluer une intervention « fille »** : L'évaluation a posteriori de la présence ou non des critères de transférabilité peut contribuer à expliquer les effets de l'intervention « fille » en référence aux effets de l'intervention « mère ».

¹ Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int* 2006 Mar;21(1):76-83.

Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*. 2012;12(1):497.

7.5 Annexe 5 – Avis du comité d'éthique



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 29 août 2022

A l'investigateur responsable:

M. Benjamin MICHEL
Rue Gustave Bruyr 11
5060 Sambreville

AVIS FAVORABLE

Concerne : 2022/16AOU/308 - N° Enregistrement Belge : NA

N° Protocole : MACCS

Acronyme : n/a

Intitulé : Application du dépistage et de l'intervention brève dans un contexte de consommation problématique d'alcool en médecine générale : recherche action dans une maison médicale semi-rurale.

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Après examen détaillé et discussion, nous concluons que votre projet ne tombe pas sous le champ d'application de la loi belge du 07.05.2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

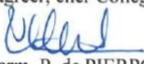
Ceci étant dit, nous donnons un avis éthique favorable à votre projet.

Nous vous recommandons



- de prendre les mesures nécessaires afin de garantir la confidentialité des données en accord avec le RGPD
- d'informer correctement les participants sur le but de leur participation et sur ce qui est attendu d'eux
- de prévenir le participant s'il est prévu ou non des enregistrements audio ou vidéo et de prévoir la destruction de ceux-ci le cas échéant.
- de mentionner la durée moyenne d'une réunion dans le document d'information et de consentement (DIC).
- de supprimer la mention de la loi du 07 mai 2004 et du 22 août 2022 dans le document d'information et de consentement (DIC).

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Pharm. P. de PIERPONT
Membre CEHF


Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif |  |
| | | Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 21/02/2022 |
| CEHF-FORM-006-12.0 | | |

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

| COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF) | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Président ▪ Vice-présidents ▪ Secrétaire ▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL ▪ Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Ethicien ▪ Juriste ▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale ▪ Psychologue ▪ Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Méthodologiste ▪ Coordination Scientifique, PhD ▪ Représentants Volontaires Sains | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine ▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste et représentante des patients* ▪ Yves HUMBLET, Docteur en médecine ▪ Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine ▪ Martine BERLIERE ▪ Yves HORMANS ▪ Laurent HOUTEKIE ▪ Luc ROEGERS[!] ▪ Bénédicte BRICHARD[!] ▪ Christiane VERMYLEN ▪ Michel MOURAD[!] ▪ Dominique LAMY ▪ Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)[!] ▪ Eric GAZIAUX ▪ Alain LOUTE ▪ Geneviève SCHAMPS ▪ Cécile COUPEZ ▪ Claire DETIENNE[!] ▪ Nicolas VERMEULEN[!] ▪ Pascale de PIERPONT[!] ▪ Séverine HALLEUX[!] ▪ Niko SPEYBROECK ▪ Isabelle de HEMPTINNE[!] ▪ Anne GABRIEL[!] ▪ Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUT[!] |

[!]: invité

* Membre remplaçant comme représentante des patients : Aurélie Carlier

7.6 Annexe 6 – Revue méthodique de la littérature à propos des freins à l’application du RPIB alcool en médecine générale

Introduction

Questionnement

Le RPIB est démontré efficace pour réduire la consommation d’alcool en cas d’usage à risque ou d’usage toxique. Pourtant, il est peu réalisé en pratique courante. Le but de cette recherche de littérature est d’identifier les freins à l’exécution du dépistage du mésusage d’alcool en médecine générale.

Sujet de la recherche

Le **dépistage** de la **consommation problématique d’alcool** en **première ligne de soins**.

Équations de recherche

Les principaux concepts

| Concept #1 | Concept #2 | Concept #3 |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------|
| Dépistage | Troubles d’usage d’alcool | Première ligne de soins |
| Prévention secondaire | Abus d’alcool | Soins de première ligne |
| | Alcoolisme | Soins primaires |
| | Dépendance à l’alcool | Première ligne |
| | Consommation d’alcool | |

PubMed

Pour éviter de passer à côté d’articles pertinents à cause d’un synonyme non mentionné, j’ai privilégié l’utilisation des MeSH sur PubMed.

En ce qui concerne l’item alcool, 2 descripteurs MeSH existent :

- Alcohol-Related Disorders: Disorders related to or resulting from abuse or misuse of alcohol.
- Alcohol Drinking: Behaviors associated with the ingesting of ALCOHOLIC BEVERAGES, including social drinking.

Comme ma recherche aborde la consommation problématique d'alcool, qui englobe à la fois l'alcoolodépendance (souvent considérée comme une maladie, donc davantage proche de l'item « alcohol-related disorders ») et à la fois les consommations à risque et les consommations nocives d'alcool (beaucoup moins souvent considérées comme une maladie mais plutôt comme un comportement, donc davantage proche de l'item « alcohol drinking »), je décide d'utiliser les 2 items avec l'opérateur booléen « OR ».

Néanmoins, le thésaurus MeSH est peu orienté vers la médecine générale et les soins primaire. Le descripteur MeSH correspondant au médecin de famille est éclairant quant à la différence entre ce qui est valable aux États-Unis ou en Belgique : “Physicians, Family : Those physicians who have completed the education requirements specified by the American Academy of Family Physicians”.

Pour contourner cette difficulté, j'ai choisi d'utiliser le site web hetop.eu qui a croisé l'arborescence MeSH avec 2 outils de catégorisation plus orienté soins primaires : la CISP et les Q codes. Ce site web m'a permis de générer des équations de recherches qui intègrent l'ensemble des synonymes pertinents.

Pour le dépistage, j'ai identifié 2 Q-codes pertinents :

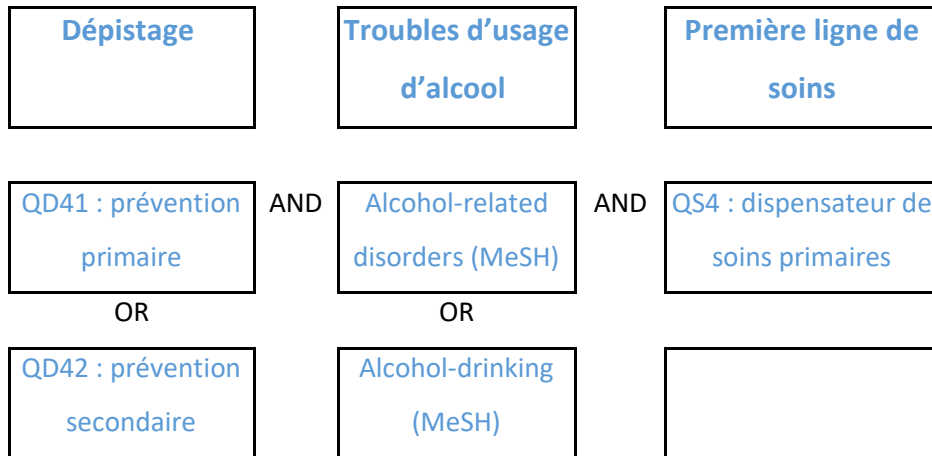
- QD41 : prévention primaire → car parler d'alcool avec les patients qui ne sont pas encore dépendant consiste à prévenir une maladie (dépendance à l'alcool) avant qu'elle ne survienne, ce qui est la définition de la prévention primaire
- QD42 : prévention secondaire → car parler d'alcool, c'est aussi dépister une maladie (dépendance à l'alcool) qui est présente mais méconnue des professionnels et des patients, ce qui est la définition de la prévention secondaire

Pour le concept « soins de première ligne », j'ai identifié le QS4 appelé « dispensateur de soins primaires » ; que j'ai préféré aux descripteurs MeSH disponibles, à savoir pour info :

- Primary Health Care (MeSH): Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community. → descripteur qui semble concerner davantage des concepts en rapport avec le système de soins et la santé publique (exemples d'item plus bas dans l'arborescence : continuité des soins, refus de soins, soins centrés sur le patient) que sur la pratique clinique des soins de première ligne.
- Physicians, Primary Care (MeSH): Providers of initial care for patients. These PHYSICIANS refer patients when appropriate for secondary or specialist care. → descripteur qui n'inclut que les Médecins, et pas les autres professionnels de première

ligne. Or je ne veux pas rater des articles qui ont étudié la pratique du dépistage chez les infirmiers ou autres soignants de première ligne, qui peuvent aussi m'intéresser pour mieux comprendre les freins au dépistage.

Pour résumer le design de mon équation de recherche de départ :



Je décide de limiter la recherche de ces mots-clés au titre et à l'abstract pour filtrer les articles qui ne font que citer partiellement les freins.

| | Equations | Résultats | Commentaires |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | (((("health information"[TW] OR "genetic screening"[TW] OR "disease prevention, primary"[TW] OR "immunological sensitization"[TW] OR "disease preventions, primary"[TW] OR "immunostimulation"[TW] OR "immunizations"[TW] OR "primary prevention"[TW] OR "immunisations"[TW] OR "immunologic sensitization"[TW] OR "stimulations, immunological"[TW] OR "vaccinations"[TW] OR "health promotion"[TW] OR "primary disease prevention"[TW] OR "vaccinotherapy"[TW] OR "prevention, primary"[TW] OR "vaccination"[TW] OR "stimulation, immunological"[TW] OR "sensitization, immunologic"[TW] OR "sensitizations, | 20 | Le nombre de résultats me semble très petit, au regard du vaste champ de recherche. Par ailleurs, je ne trouve pas dans les résultats un article que je connais de la revue Family |

| | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>immunological"[TW] OR "immunization"[TW] OR "immunological stimulation"[TW] OR "immunisation"[TW] OR "primary disease preventions"[TW] OR "stimulation, immunologic"[TW] OR "immunologic stimulation"[TW] OR "immunoprophylaxis"[TW] OR "immunological stimulations"[TW] OR "immunological sensitizations"[TW] OR "sensitization, immunological"[TW])))) OR (((("secondary prevention"[TW] OR "early diagnoses"[TW] OR "check-up"[TW] OR "diagnoses, early"[TW] OR "early diagnosis"[TW] OR "health check"[TW] OR "screening"[TW] OR "diagnosis, early"[TW] OR "case finding"[TW] OR "screening (medicine)"[TW] OR "screenings, mass"[TW] OR "screening, mass"[TW] OR "mass screenings"[TW]))))</p> <p>AND ("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR ("Alcohol-Related Disorders"[Mesh])) AND ("primary care provider"[TW])</p> | | <p>Practice qui parle des freins relatifs au dépistage.</p> <p>J'identifie une explication potentielle : le terme « primary care provider » trop restrictif qui exclut tous les articles tagués sous « primary care ».</p> |
| 2 | <p>((("health information"[TW] OR "genetic screening"[TW] OR "disease prevention, primary"[TW] OR "immunological sensitization"[TW] OR "disease preventions, primary"[TW] OR "immunostimulation"[TW] OR "immunizations"[TW] OR "primary prevention"[TW] OR "immunisations"[TW] OR "immunologic sensitization"[TW] OR "stimulations, immunological"[TW] OR "vaccinations"[TW] OR "health promotion"[TW] OR "primary disease prevention"[TW] OR "vaccinotherapy"[TW] OR "prevention, primary"[TW] OR "vaccination"[TW] OR "stimulation, immunological"[TW] OR "sensitization,</p> | 653 | <p>Je décide d'ajouter les descripteurs MeSH « Primary Health Care » mais en empêchant l'explosion ; « Primary Care Nursing » et « Physicians</p> |

| | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | <p>immunologic"[TW] OR "sensitizations, immunological"[TW] OR "immunization"[TW] OR "immunological stimulation"[TW] OR "immunisation"[TW] OR "primary disease preventions"[TW] OR "stimulation, immunologic"[TW] OR "immunologic stimulation"[TW] OR "immunoprophylaxis"[TW] OR "immunological stimulations"[TW] OR "immunological sensitizations"[TW] OR "sensitization, immunological"[TW])))) OR (((("secondary prevention"[TW] OR "early diagnoses"[TW] OR "check-up"[TW] OR "diagnoses, early"[TW] OR "early diagnosis"[TW] OR "health check"[TW] OR "screening"[TW] OR "diagnosis, early"[TW] OR "case finding"[TW] OR "screening (medicine)"[TW] OR "screenings, mass"[TW] OR "screening, mass"[TW] OR "mass screenings"[TW])))) AND (("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR ("Alcohol-Related Disorders"[Mesh])) AND (("Primary Health Care"[Mesh:NoExp]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR ("primary care provider"[TW]))</p> | | <p>Primary Care »</p> | |
| 3 | <p>((("health information"[TW] OR "genetic screening"[TW] OR "disease prevention, primary"[TW] OR "immunological sensitization"[TW] OR "disease preventions, primary"[TW] OR "immunostimulation"[TW] OR "immunizations"[TW] OR "primary prevention"[TW] OR "immunisations"[TW] OR "immunologic sensitization"[TW] OR "stimulations, immunological"[TW] OR "vaccinations"[TW] OR "health promotion"[TW] OR "primary disease</p> | 1047 | <p>Ici j'ai fait une autre alternative en ajoutant simplement « primary care » en texte libre au QS4. Je ne comprends pas</p> | |

| | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | <pre>prevention"[TW] OR "vaccinotherapy"[TW] OR "prevention, primary"[TW] OR "vaccination"[TW] OR "stimulation, immunological"[TW] OR "sensitization, immunologic"[TW] OR "sensitizations, immunological"[TW] OR "immunization"[TW] OR "immunological stimulation"[TW] OR "immunisation"[TW] OR "primary disease preventions"[TW] OR "stimulation, immunologic"[TW] OR "immunologic stimulation"[TW] OR "immunoprophylaxis"[TW] OR "immunological stimulations"[TW] OR "immunological sensitizations"[TW] OR "sensitization, immunological"[TW])))) OR ((((("secondary prevention"[TW] OR "early diagnoses"[TW] OR "check-up"[TW] OR "diagnoses, early"[TW] OR "early diagnosis"[TW] OR "health check"[TW] OR "screening"[TW] OR "diagnosis, early"[TW] OR "case finding"[TW] OR "screening (medicine)"[TW] OR "screenings, mass"[TW] OR "screening, mass"[TW] OR "mass screenings"[TW])))) AND (("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR ("Alcohol- Related Disorders"[Mesh])) AND (("primary care provider"[TW]) OR ("primary care"))</pre> | | <p>pourquoi à l'équation (2) j'ai moins de résultats qu'ici, alors que dans les entry terms de « Primary Health Care » il y a primary care. Est-ce parce que le entry term « primary care » est codé en mode thésaurus et que le « primary care » en texte libre ne l'est pas, et brasse donc plus large ?</p> | |
| 4 | <pre>((("health information"[TW] OR "genetic screening"[TW] OR "disease prevention, primary"[TW] OR "immunological sensitization"[TW] OR "disease preventions, primary"[TW] OR "immunostimulation"[TW] OR "immunizations"[TW] OR "primary prevention"[TW] OR "immunisations"[TW] OR "immunologic sensitization"[TW] OR "stimulations,</pre> | 1404 | <p>QS41 au lieu de QS4 → donne plus de résultats alors que plus bas dans l'arborescence des Q-codes</p> | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>immunological"[TW] OR "vaccinations"[TW] OR "health promotion"[TW] OR "primary disease prevention"[TW] OR "vaccinotherapy"[TW] OR "prevention, primary"[TW] OR "vaccination"[TW] OR "stimulation, immunological"[TW] OR "sensitization, immunologic"[TW] OR "sensitizations, immunological"[TW] OR "immunization"[TW] OR "immunological stimulation"[TW] OR "immunisation"[TW] OR "primary disease preventions"[TW] OR "stimulation, immunologic"[TW] OR "immunologic stimulation"[TW] OR "immunoprophylaxis"[TW] OR "immunological stimulations"[TW] OR "immunological sensitizations"[TW] OR "sensitization, immunological"[TW] OR (((("secondary prevention"[TW] OR "early diagnoses"[TW] OR "check-up"[TW] OR "diagnoses, early"[TW] OR "early diagnosis"[TW] OR "health check"[TW] OR "screening"[TW] OR "diagnosis, early"[TW] OR "case finding"[TW] OR "screening (medicine)"[TW] OR "screenings, mass"[TW] OR "screening, mass"[TW] OR "mass screenings"[TW] OR "screening, mass"[TW] OR "mass screenings"[TW] OR "Alcohol Drinking"[Mesh] OR "Alcohol-Related Disorders"[Mesh] AND ("family physician"[TW] OR "general practice physician"[TW] OR "public health"[TW] OR "general practice"[TW] OR "family and community medicine"[TW] OR "practices, family"[TW] OR "family practice"[TW] OR "practice, general"[TW] OR "general practice physicians"[TW] OR "physician, primary care"[TW] OR "family physicians"[TW] OR "practices, general"[TW] OR "general practices"[TW] OR "family</p> | | <p>(car équation générée par hetop bcp plus grande) davantage centrée « MG » que l'équation (2)</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--|
| | <p>medicine"[TW] OR "physicians, general practice"[TW] OR "physician, family"[TW] OR "primary care physician"[TW] OR "family doctor"[TW] OR "general practitioner"[TW] OR "medicine, community"[TW] OR "practice physicians, general"[TW] OR "practitioner, general"[TW] OR "primary care physicians"[TW] OR "physician, general practice"[TW] OR "family doctor"[TW] OR "gatekeeper (disambiguation)"[TW] OR "practitioners, general"[TW] OR "practice, family"[TW] OR "primary care practitioner"[TW] OR "family practices"[TW]))))</p> | | | |
| 5 | <p>((("health information"[TW] OR "genetic screening"[TW] OR "disease prevention, primary"[TW] OR "immunological sensitization"[TW] OR "disease preventions, primary"[TW] OR "immunostimulation"[TW] OR "immunizations"[TW] OR "primary prevention"[TW] OR "immunisations"[TW] OR "immunologic sensitization"[TW] OR "stimulations, immunological"[TW] OR "vaccinations"[TW] OR "health promotion"[TW] OR "primary disease prevention"[TW] OR "vaccinotherapy"[TW] OR "prevention, primary"[TW] OR "vaccination"[TW] OR "stimulation, immunological"[TW] OR "sensitization, immunologic"[TW] OR "sensitizations, immunological"[TW] OR "immunization"[TW] OR "immunological stimulation"[TW] OR "immunisation"[TW] OR "primary disease preventions"[TW] OR "stimulation, immunologic"[TW] OR "immunologic stimulation"[TW] OR "immunoprophylaxis"[TW] OR "immunological stimulations"[TW] OR</p> | 2146 | (2) + (3) + (4) | |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <p>"immunological sensitizations"[TW] OR "sensitization, immunological"[TW])))) OR (((("secondary prevention"[TW] OR "early diagnoses"[TW] OR "check-up"[TW] OR "diagnoses, early"[TW] OR "early diagnosis"[TW] OR "health check"[TW] OR "screening"[TW] OR "diagnosis, early"[TW] OR "case finding"[TW] OR "screening (medicine)"[TW] OR "screenings, mass"[TW] OR "screening, mass"[TW] OR "mass screenings"[TW]))))</p> <p>AND (("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR ("Alcohol-Related Disorders"[Mesh])) AND (("Primary Health Care"[Mesh:NoExp]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR ("primary care provider"[TW]) OR ("primary care"[TW]) OR (((("family physician"[TW] OR "general practice physician"[TW] OR "public health"[TW] OR "general practice"[TW] OR "family and community medicine"[TW] OR "practices, family"[TW] OR "family practice"[TW] OR "practice, general"[TW] OR "general practice physicians"[TW] OR "physician, primary care"[TW] OR "family physicians"[TW] OR "practices, general"[TW] OR "general practices"[TW] OR "family medicine"[TW] OR "physicians, general practice"[TW] OR "physician, family"[TW] OR "primary care physician"[TW] OR "family doctor "[TW] OR "general practitioner"[TW] OR "medicine, community"[TW] OR "practice physicians, general"[TW] OR "practitioner, general"[TW] OR "primary care physicians"[TW] OR "physician, general practice"[TW] OR "family doctor"[TW] OR "gatekeeper (disambiguation)"[TW] OR "practitioners, general"[TW] OR "practice,</p> | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

| | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------|--|
| | family"[TW] OR "primary care practitioner"[TW] OR "family practices"[TW]) | | | |
| 6 | <p>(((("health information"[tiab] OR "genetic screening"[tiab] OR "disease prevention, primary"[tiab] OR "immunological sensitization"[tiab] OR "disease preventions, primary"[tiab] OR "immunostimulation"[tiab] OR "immunizations"[tiab] OR "primary prevention"[tiab] OR "immunisations"[tiab] OR "immunologic sensitization"[tiab] OR "stimulations, immunological"[tiab] OR "vaccinations"[tiab] OR "health promotion"[tiab] OR "primary disease prevention"[tiab] OR "vaccinotherapy"[tiab] OR "prevention, primary"[tiab] OR "vaccination"[tiab] OR "stimulation, immunological"[tiab] OR "sensitization, immunologic"[tiab] OR "sensitizations, immunological"[tiab] OR "immunization"[tiab] OR "immunological stimulation"[tiab] OR "immunisation"[tiab] OR "primary disease preventions"[tiab] OR "stimulation, immunologic"[tiab] OR "immunologic stimulation"[tiab] OR "immunoprophylaxis"[tiab] OR "immunological stimulations"[tiab] OR "immunological sensitizations"[tiab] OR "sensitization, immunological"[tiab]))) OR (((("secondary prevention"[tiab] OR "early diagnoses"[tiab] OR "check-up"[tiab] OR "diagnoses, early"[tiab] OR "early diagnosis"[tiab] OR "health check"[tiab] OR "screening"[tiab] OR "diagnosis, early"[tiab] OR "case finding"[tiab] OR "screening (medicine)"[tiab] OR "screenings, mass"[tiab] OR "screening, mass"[tiab] OR "mass screenings"[tiab])))</p> | 1664 | Uniquement mots clés dans le titre ou l'abstract | |

| | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| | <p>AND (("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR ("Alcohol-Related Disorders"[Mesh])) AND (("Primary Health Care"[Mesh:NoExp]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR ("primary care provider"[tiab]) OR ("primary care"[tiab]) OR (((("family physician"[tiab] OR "general practice physician"[tiab] OR "public health"[tiab] OR "general practice"[tiab] OR "family and community medicine"[tiab] OR "practices, family"[tiab] OR "family practice"[tiab] OR "practice, general"[tiab] OR "general practice physicians"[tiab] OR "physician, primary care"[tiab] OR "family physicians"[tiab] OR "practices, general"[tiab] OR "general practices"[tiab] OR "family medicine"[tiab] OR "physicians, general practice"[tiab] OR "physician, family"[tiab] OR "primary care physician"[tiab] OR "family doctor "[tiab] OR "general practitioner"[tiab] OR "medicine, community"[tiab] OR "practice physicians, general"[tiab] OR "practitioner, general"[tiab] OR "primary care physicians"[tiab] OR "physician, general practice"[tiab] OR "family doctor"[tiab] OR "gatekeeper (disambiguation)"[tiab] OR "practitioners, general"[tiab] OR "practice, family"[tiab] OR "primary care practitioner"[tiab] OR "family practices"[tiab])))</p> | | | |
| 7 | <p>((("health information"[tiab] OR "genetic screening"[tiab] OR "disease prevention, primary"[tiab] OR "immunological sensitization"[tiab] OR "disease preventions, primary"[tiab] OR "immunostimulation"[tiab] OR "immunizations"[tiab] OR "primary prevention"[tiab] OR "immunisations"[tiab] OR "immunologic</p> | 954 | <p>Première tentative d'ajouter un item « barrière, facteur qui empêche »</p> | |

| | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | family"[tiab] OR "family practice"[tiab] OR "practice, general"[tiab] OR "general practice physicians"[tiab] OR "physician, primary care"[tiab] OR "family physicians"[tiab] OR "practices, general"[tiab] OR "general practices"[tiab] OR "family medicine"[tiab] OR "physicians, general practice"[tiab] OR "physician, family"[tiab] OR "primary care physician"[tiab] OR "family doctor "[tiab] OR "general practitioner"[tiab] OR "medicine, community"[tiab] OR "practice physicians, general"[tiab] OR "practitioner, general"[tiab] OR "primary care physicians"[tiab] OR "physician, general practice"[tiab] OR "family doctor"[tiab] OR "gatekeeper (disambiguation)"[tiab] OR "practitioners, general"[tiab] OR "practice, family"[tiab] OR "primary care practitioner"[tiab] OR "family practices"[tiab])))))) AND ("barrier*"[tiab] OR "factor*"[tiab] OR "determin*"[tiab] or "influenc*"[tiab] or "chang*"[tiab] or "stop*"[tiab] or "modif*"[tiab]) | | | |
| 8 | (7) AND qualitative | 66 | Je me demande si je ne me limiterais pas aux études quali, davantage orientées analyses déterminants, facteurs, ... | |
| 9 | (8) and <i>free full text</i> | | Je n'ai pas d'accès aux | |

| | | | | |
|----|---------------------------|----|-------------------------------------------------------|--|
| | | | revues payantes | |
| 10 | (7) and systematic review | 24 | | |
| 11 | (10) and free full text | 15 | Articles pertinents et nombre acceptable ! Youpi ! | |

Embase

| | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 1 | 'alcohol consumption':ti,ab,kw AND screening:ti,ab,kw AND 'primary health care':ti,ab,kw | 105 | |
| 2 | 'alcohol consumption':ti,ab,kw AND screening:ti,ab,kw AND 'primary health care':ti,ab,kw AND 'qualitative research' | 3 | |
| 3 | 'alcohol consumption':ti,ab,kw AND screening:ti,ab,kw AND 'primary health care':ti,ab,kw AND 'influencing factor' | 0 | |
| 4 | ('alcohol consumption':ti,ab,kw OR 'alcoholism':ti,ab,kw) AND screening:ti,ab,kw AND 'primary health care':ti,ab,kw | 125 | |
| 5 | (4) avec revue systématique et méta analyse | 6 | |

LiSSA

| | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| 1 | ((troubles liés à l'alcool.tl) OU (troubles liés à l'alcool.mc)) ET ((diagnostic.tl) OU (diagnostic.mc) OU (Dépistage de masse.tl) OU (Dépistage de masse.mc)) ET ((soins de santé primaires.tl) OU (soins | 10 | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|

| | | | |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | de santé primaires.mc) OU (médecins de premier recours.tl) OU (médecins de premier recours.mc)) | | |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

Littérature grise

CSS

SSMG

Sciensano

Eurotox

KCE

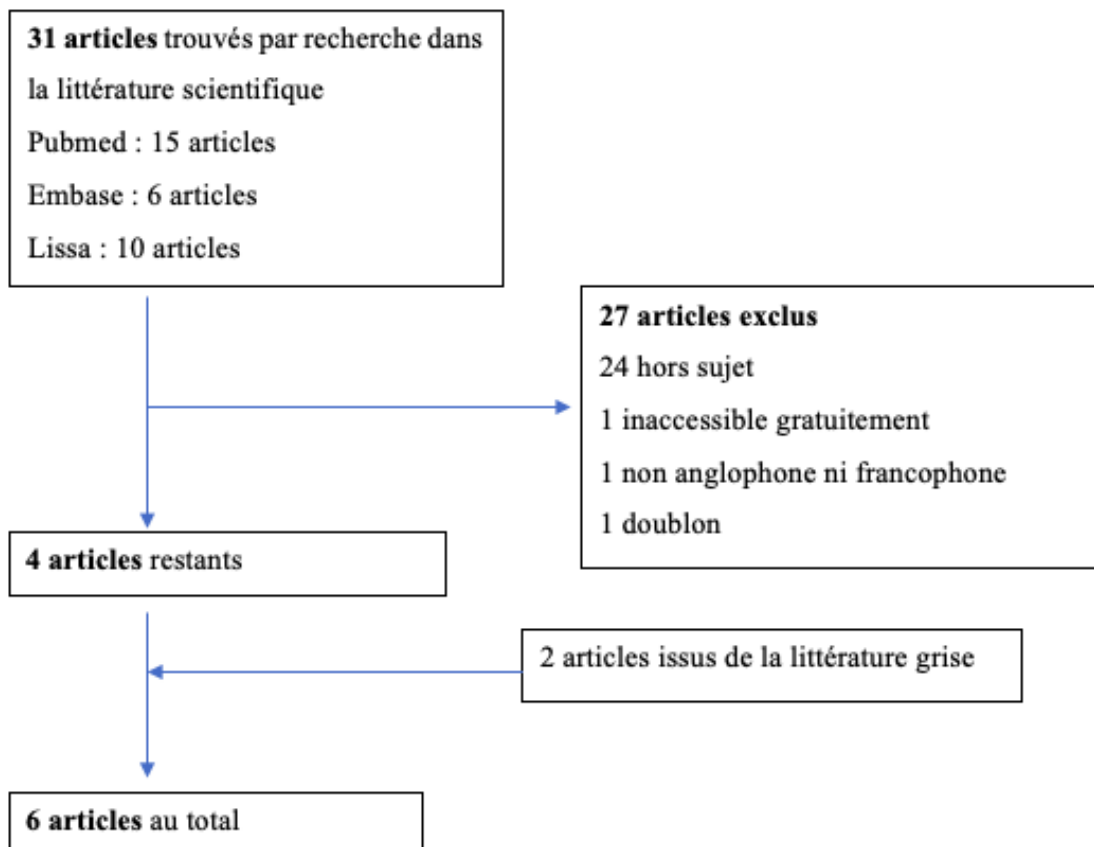
SATRAQ

Sélection des articles pertinents

Critères d'exclusion

- N'étudie pas les freins à l'application du dépistage de la consommation d'alcool ni dans l'abstract ni dans le texte complet
- Ne concerne pas la première ligne de soins
- N'est pas accessible gratuitement
- N'est pas écrit ou traduit en français ni en anglais

Diagramme de flux



Articles retenus

Voir tableau à l'annexe 7

Résultats

Voici les 6 articles retenus :

1. Rosário, F., Santos, M. I., Angus, K., Pas, L., Ribeiro, C., & Fitzgerald, N. (2021). Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: A systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*, 16(1), 6.
<https://doi.org/10.1186/s13012-020-01073-0>
2. Dzidowska, M., Lee, K. S. K., Wylie, C., Bailie, J., Percival, N., Conigrave, J. H., Hayman, N., & Conigrave, K. M. (2020). A systematic review of approaches to improve practice, detection and treatment of unhealthy alcohol use in primary health care: A role for continuous quality improvement. *BMC Family Practice*, 21(1), 33.
<https://doi.org/10.1186/s12875-020-1101-x>
3. Phan, T., Yana, J., Fabre, J., Yana, L., Renard, V., & Ferrat, E. (2020). Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes: Enquête auprès de

patients en soins premiers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(4), 215–225. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.06.003>

4. Spithoff, S., & Kahan, M. (2015). Prise en charge en soins primaires des troubles liés à l'usage d'alcool et de la consommation à risque. *Canadian Family Physician*, 61(6), e259–e265.
5. Mistiaen, P., Kohn, L., Mambourg, F., Ketterer, F., Tiedtke, C., Lambrechts, M., Godderis, L., Vanmeerbeek, M., Eyssen, M., & Paulus, D. (2015). *Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool ?* (No. 258B). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
6. Mistiaen, P., & Kohn, L. (2015). *Pourquoi si peu de prise en charge des problèmes d'alcool ?* <https://kce.fgov.be/fr/publications/newsletter/kce-medecine-generale-02/pourquoi-si-peu-de-prise-en-charge-des-problemes-dalcool>

(Rosário et al., 2021)

Il s'agit d'une revue systématique des freins et leviers à l'application du RPIB, et la mise en relation de ses freins/leviers avec un modèle comportementale théorique.

La revue a identifié une série de freins, provenant de 84 études.

Les 3 freins les plus fréquemment répertoriés sont

- **Manque de confiance** en leur capacité à appliquer le RPIB et aider les patients à diminuer/arrêter une consommation problématique (n=62)
- **Manque de connaissance** au sujet des troubles d'usage d'alcool (n = 58)
- **Manque de temps** (n = 50)

Les autres freins cités dans au moins 10 études étaient :

- **Manque de formation**
- **Manque de légitimité** (« *role adequacy* »)
- RPIB perçue comme une **tâche difficile / inconfortable / peu satisfaisante**
- **Doute sur l'efficacité** du RPIB
- Peur d'abîmer le **lien thérapeutique / d'offusquer le patient**
- **Manque de motivation** / RPIB n'est **pas perçue comme prioritaire** dans les soins
- Manque de **financement**
- Le RPIB ne rentre pas **dans les missions d'un médecin généraliste**
- **Manque de ressources** matérielles / **support**

(Dzidowska et al., 2020)

Il s'agit d'une revue systématique, qui étudie les différents programmes & interventions visant à améliorer l'application du repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) au sujet de la consommation problématique d'alcool ; et dans quelles mesures ces campagnes intègrent les critères d'amélioration continue de la qualité (*CQI*)

A la lecture complète de l'article, les freins au RPIB ne sont pas abordés.

(Phan et al., 2020)

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale multicentrique qui explore le point de vue du patient concernant le dépistage de la consommation problématique d'alcool. Si certains freins aux dépistages sont mentionnés dans l'introduction, les auteurs renvoient surtout à d'anciennes études et ne produisent pas de nouvelles connaissances à ce sujet.

(Spithoff & Kahan, 2015)

Il s'agit d'une revue non systématique de la littérature, qui récapitule les bonnes pratiques pour dépister et évaluer les mésusages d'alcool en première ligne de soins. Les freins au RPIB ne sont pas abordés.

(Mistiaen et al., 2016)

En 2015, le KCE a été mandaté par le SPF Santé Publique pour répondre à la question : « Pourquoi si peu de personnes ayant un usage problématique d'alcool sont-elles effectivement traitées ? ». Il a ainsi parcouru les revues systématiques internationales et les articles primaires belges pour synthétiser des déterminants/freins de l'application du RPIB à 3 niveaux : le citoyens, le prestataire de soins, et la société. Voici une illustration synthétisant les freins liés au prestataire :



(Mistiaen & Kohn, 2015)

Sur le site web du KCE, une publication au sein de la newsletter « KCE & Médecine Générale » évoque le rapport dont je viens de parler ; et détaille quelques-uns des freins à l'exécution au RPIB identifié par le travail du KCE. Les auteurs citent ainsi 3 freins liés de près ou de loin aux prestataires de soins de santé

1. Manque de **formation** des intervenants de 1re ligne
2. Manque de **temps** des médecins généralistes pour des consultations forcément complexes
3. Manque de **place** et de diversité dans les possibilités de prises en charge

Conclusion

La consommation problématique d'alcool est un problème de santé majeur. Ainsi, en Belgique, l'alcool constitue la 2^e cause de morts évitables après le tabac ; tout en étant le pourvoyeur de nombreuses pathologies chroniques. Des solutions existent : elles sont largement relayées par les autorités scientifiques et les guides de bonnes pratiques. Parmi elles, le repérage précoce et l'intervention brève du mésusage d'alcool en première ligne sont démontrés efficaces pour induire une diminution de leur consommation chez les usagers à risques et usagers toxiques. Pourtant, dans la pratique, ils restent très peu appliqués par les soignants de première ligne. Cette revue de la littérature a tenté d'en identifier les raisons, résumées ici sous forme d'un nuage de mots :

Manque de ...



7.7 Annexe 7 - Résultats issus des équations de recherche

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equation n°11 PubMed | | | |
| Modifiable Lifestyle Factors for Primary Prevention of CKD: A Systematic Review and Meta-Analysis | N | parle d'IRC | 10.1681/ASN.2020080384 |
| Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations | N | n'étudie pas les freins; mais l'efficacité du DIB | 10.1002/14651858_CD004148.pub4 |
| Alcohol misuse | N | n'étudie pas les freins; mais l'efficacité du DIB | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21426592/ |
| Alcohol misuse | N | n'étudie pas les freins; mais l'efficacité du DIB | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21718573/ |
| Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis | N | n'étudie pas les freins; mais l'efficacité du DIB | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12958114/ |
| The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian language - a systematic review of validation efforts and application challenges | N | parle de la traduction de l'AUDIT en russe | 10.1186/s13011-021-00404-8 |
| Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking | N | n'étudie pas les freins; mais l'efficacité du DIB (ici son inefficacité pour les patients dépendants) | 10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x |
| Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework | O | | 10.1186/s13012-020-01073-0 |
| Alcohol consumption and heart failure: a systematic review | N | etudie la consommation d'alcool chez les patients insuffisants cardiaques | 10.1007/s11883-008-0017-z |
| A systematic review of approaches to improve practice, detection and treatment of unhealthy alcohol use in primary health care: a role for continuous quality improvement | O | | 10.1186/s12875-020-1101-x |
| Impact of school policies on non-communicable disease risk factors - a systematic review | N | parle de politique de promotion de la santé à l'école | 10.1186/s12889-017-4201-3 |
| The Cochrane 2018 Review on Brief Interventions in Primary Care for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers | N | parle de la revue systématique cochrane | 10.1093/icalc/agz035 |
| Facilitating Screening and Brief Interventions in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis of the AUDIT as an Indicator of Alcohol Use Disorders | N | etudie l'efficacité de l'AUDIT pour dépister les troubles usage d'alcool | 10.1111/acer.14171 |
| Women's views and experiences of occasional alcohol consumption during pregnancy: A systematic review of qualitative studies and their recommendations | N | étudie le point de vue des femmes enceintes vis-à-vis de la consommation | 10.1016/j.midw.2022.108357 |
| Lifestyle Interventions through Participatory Research: A Mixed-Methods Systematic Review of Alcohol and Other Breast Cancer Behavioural Risk Factors | N | étudie la prévention du cancer du sein | 10.3390/ijerph19020980 |
| Equation n°5 Embase | | | |
| Effectiveness of preconception care interventions in primary care: a systematic review protocol | N | etudie l'efficacité de IB préconceptionnelles | 10.3399/BJGPO.2021.0191 |
| Digital Assessment Tools Using Animation Features to Quantify Alcohol Consumption: Systematic App Store and Literature Review | N | etudie les outils digitaux pour quantifier consommation | 10.2196/28927 |
| Effectiveness of training programs on alcohol consumption in the Primary Care setting: Systematic review | N | article complet uniquement disponible en Espagnol | 10.1016/j.aprim.2018.07.004 |
| Facilitating Screening and Brief Interventions in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis of the AUDIT as an Indicator of Alcohol Use Disorders | N | etudie l'efficacité de l'AUDIT pour dépister les troubles usage d'alcool | 10.1111/acer.14171 |
| Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: A systematic review protocol | N | doublon | 10.20344/amp.9753 |
| Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis | N | etudie les stratégies d'implémentation du DIB en première ligne, mais sans recenser/explore les freins | 10.1111/add.13088 |
| Equation n°1 Uissa | | | |
| Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. | O | | |
| Prise en charge en soins primaires des troubles liés à l'usage d'alcool et de la consommation à risque - Partie 1 : dépistage et évaluation | O | | |
| Un cas clinique de myélinolyse centropontine et extrapontine, sans hyponatrémie, au décours d'un sevrage alcoolique et d'évolution favorable. | N | hors sujet | |
| Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. | N | traite des comorbidités alcool - pathos psychiatriques | |
| L'acamprostate ne s'est pas montré efficace dans le traitement de la dépendance à l'alcool en médecine de premier recours. | N | étudie l'efficacité de l'acamprostate chez les dépendants en première ligne | |
| Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide | N | hors sujet | |
| Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention | N | hors sujet | |
| Repérage et diagnostic des malades de l'alcool. | N | après consultation, recueil de guidelines mais n'aborde pas les freins | |
| Processus de changement chez des patients avec une comorbidité toxicomanie-santé mentale. | N | hors sujet | |
| Les buveurs excessifs: repérage et intervention brève. | N | article inaccessible online | |
| Littérature grise | | | |
| Avis du CSS | N | freins pas abordés | https://www.health.belgium.be/fr/avis-9438-alcool |
| Enquête sciensano 2018 | N | freins pas abordés | https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-consommation-dalcool |
| Rapport KCE 2016 | O | | https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_258B_consommation_problematique_alcool_Synthese%20(1).pdf |
| KCE Pourquoi si peu de prise en charge des problèmes d'alcool ? | O | | https://kce.fgov.be/fr/publications/newsletter/kce-medicine-generale-02/pourquoi-si-peu-de-prise-en-charge-des-problemes-dalcool |
| SSMG | N | freins pas abordés | https://www.ssmg.be/avada_portfolio/mesusage-de-lalcool/?portfolioCats=281 |
| Eurotox | N | site web inaccessible | |
| SATRAQ | N | freins pas abordés | https://www.preventionsante.eu/index.php/le-projet |
| | N | non retenu | |
| | O | retenu | |

7.8 Annexe 8 – Diapositives de la formation collective

TROUBLES USAGE ALCOOL

Pourquoi et comment dépister ?



MENU DU JOUR

- Entrée*
* L'alcool : état des lieux *
- Plat principal*
* Comment dépister un mésusage ? *
- Dessert*
* Et après, comment réagir ? *
- Digressif*
* Vins qui m'inspire ? *

INTRODUCTION

Saviez-vous qu'en Belgique...

- + 23% de la population (>15 ans) **ne boit pas** d'alcool
- + 80% de la population buvant de l'alcool présente un usage à **faible risque**

Mais aussi que...

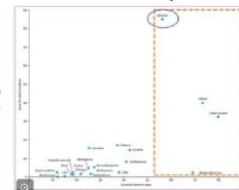
- + 19% ont une pratique mensuelle de **binge drinking** (4 unités pour les femmes / 6 unités pour les hommes en moins de 2 heures)
- + 14% boivent plus que la recommandation de **10 verres standard** par semaine
- + 10% boivent **quotidiennement** de l'alcool
- + 7% des consommateurs ont au cours de l'année écopé un crâne évoquant une **dépendance**
- + 12% ont présenté dans le passé des **signes d'un trouble** lié à la consommation de boissons alcoolisées



L'ALCOOL N'EST PAS UNE DROGUE ANODINE

Ce graphique présente les mêmes situations d'ailleurs, classées en ordre croissant de dommages personnels et sociaux, l'alcool arrive dans le groupe des drogues, mais une coupe, même, rétrospectivement et croché.

Nous pouvons clairement constater que de toutes les scores de préjudices personnels et sociaux, l'alcool arrive dans le groupe des drogues, mais une coupe, même, rétrospectivement et croché.

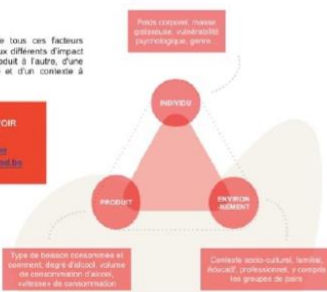


ALCOOL, PRESSION EN FAMILLE

La combinaison de tous ces facteurs entraîne des niveaux différents d'impact de l'alcool d'un produit à l'autre, d'une personne à l'autre et d'un contexte à l'autre.

POUR EN SAVOIR PLUS

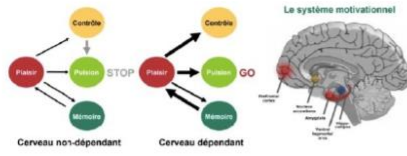
- [www.alcool.be](#)
- [www.beers.be](#)



ALCOOL ET SOCIÉTÉ



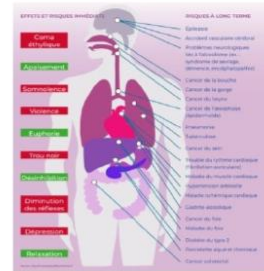
Le cerveau dépendant



Les buveurs excessifs courent un risque accru pour plus de 60 affections différentes

Répartition de la morbidité en % :

| | |
|-----|----------------------------|
| 33% | Cancers |
| 28% | Appareil digestif |
| 15% | Maladies cardiovasculaires |
| 14% | Maladie du système nerveux |
| 10% | Accidents et violences |



RISQUES PSYCHIQUES



RISQUES PSYCHO-SOCIAUX

RISQUES PSYCHO-SOCIAUX

- Perles d'emploi
- Séparations
- Négligence
- Maturance
- Accidents

A long terme, cela peut entraîner diverses situations problématiques aux niveaux social et scolaire (influence négative sur les performances scolaires et professionnelles, sur les relations, sur le statut financier).

A côté de cela, presque la moitié des coûts de la société dus à la consommation de drogues sont à imputer à l'alcool. Le part de ceux-ci est estimé, grosso modo, à 2,1 milliards d'euros par an pour la Belgique (2012) (Ceci est l'estimation la plus basse pour les coûts sociaux).



ALCOOL & EMOTIONS



(Kivimäki et al., 2007)

2 BONNES NOUVELLES



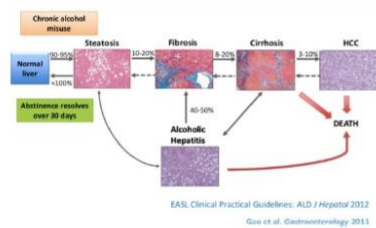
2 BONNES NOUVELLES

- Le risque est dose -dépendant
- Toute diminution de consommation a un impact positif sur la santé

CERTAINES CONSÉQUENCES SONT RÉVERSIBLES



Natural history of ALD



INTÉRÊT MÉDICAL AU REPÉRAGE PRÉCOCE ?

- Repérer les usages naïfs et à risque induit souvent un changement de comportement, sans nécessité de lourde intervention psycho-médicale
- Dès la neuro-adaptation bien établie, le combat est tout autre !

QUAND POSER LA QUESTION ?

LE SCREENING

RECHERCHER UN USAGE PROBLÉMATIQUE

• Mais d'abord pourquoi et quand évaluer le screening ?

• Chez tous nos patients, ou même une fois par an en routine ?

• Lorsque vous constatez un ou plusieurs des signes suivants :

- Professeur participatif ou confus, mauvais caractère avec des problèmes de sommeil
- Utilisation fréquente ou excessive de tranquillisants, sédatifs ou hypnotiques
- Plaques (phylactes) sur systématiquement
- Consultations répétées avec une présentation de plaintes peu claires et changeantes

• Dans les cas particuliers suivants :

- Dépression ou état d'anxiété
- Consultations en lien avec des signes d'un usage problématique
- Consultations pour des problèmes médicaux chroniques (p.ex. une hypertension artérielle ou diabète, etc.)

• Quel est le médecin généraliste et présent ?

• Mais pour quel objectif, etc...

COMMENT POSER LA QUESTION ?

- Comment vous aborder la question ?

COMMENT POSER LA QUESTION ?

- La base : le non jugement, technique d'entretien motivationnel.
- Poser la question de la consommation
 - « Vous arrive-t-il de consommer de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ? »
- Déterminer la CDA = consommation déclarée d'alcool
 - Exprimer en unités standards d'alcool
 - S'aidé des tableaux des équivalences
- Se renseigner sur la quantité consommée, mais aussi sur la fréquence de consommation

Tableau des équivalences en verres

Il y a assez d'alcool pur, à 12 g, dans tous les verres habituellement servis dans les cafés, s'il est plein avec alcool

| | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| | | | | |
| un verre de vin rouge ou blanc | un verre de bière de 25 cl | un verre de whisky | un verre de gin | un verre de cognac |

Tableau des équivalences en bouteilles

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | | |
| une bouteille de vin de 75 cl | une bouteille de bière de 33 cl | une bouteille de whisky de 50 cl | une bouteille de gin de 50 cl | une bouteille de cognac de 50 cl | une bouteille de vodka de 50 cl | une bouteille de rum de 50 cl | une bouteille de tequila de 50 cl |
| = 7 verres | = 1 verre | = 1,6 verre | = 1,6 verre | = 1,6 verre | = 1,6 verre | = 1,6 verre | = 1,6 verre |

Qu'est-ce qu'une unité d'alcool ?

- Vaut-il mieux boire 2 verres de vin ou 2 verres de whisky avant de reprendre le volant ?

EXERCICE

- Une bière spéciale de 9°, dans une bouteille de 33 cl - ??

formule rapide pour calculer la quantité d'alcool dans une boisson :

$$\text{volume (en ml)} \times \text{degré d'alcool} \times 0,8 \times 0,01$$

soit pour l'exercice demandé : $330 \times 9 \times 0,8 \times 0,01 = 24$ g d'alcool pur, soit 2,4 UA

AUDIT : UN AUTOQUESTIONNAIRE

Figure N°42 Questionnaire Audit-C

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</p> <p>(0) Jamais (1) Une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 5 à 6 fois par semaine (4) Au moins 7 fois par semaine</p> |
| <p>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire ou vous boirez de l'alcool ?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou plus</p> |
| <p>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p> |

- Si > 3 (femme) ou > 4 (homme) : faire l'audit complet.

Question N°1 : Quel est votre niveau de consommation de boissons alcoolisées ?

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</p> <p>(0) Jamais (1) Une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 5 à 6 fois par semaine (4) Au moins 7 fois par semaine</p> | <p>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire ou vous boirez de l'alcool ?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou plus</p> |
| <p>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p> | <p>4. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu six verres standard ou plus au cours d'une même occasion ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p> |
| <p>5. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu six verres standard ou plus au cours d'une même occasion ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p> | <p>6. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu six verres standard ou plus au cours d'une même occasion ?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p> |

C'EST GRAVE DOCTEUR ?

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- Auto-questionnaire de l'OMS internationalement validé
- Sensibilité - ROC et spécificité - ROC
- Utile pour préciser les répercussions de la consommation d'alcool (grade B)
- Interprétation :
 - Score < 6 pour les femmes et 7 pour les hommes : consommation à moindre risque
 - Score \geq 6 pour les femmes et 7 pour les hommes : consommation à risque ou nocive
 - Score \geq 8 : dépendance suggérée
 - Scores (cut-off) variables au fil du temps et selon les pays. Par conséquent adaptés aux nouvelles recommandations du CDS



QUELQUES SITUATIONS CONCRÈTES

- Un homme de 45 ans, connu pour reflux, dépression et hypertension, consomme 2 verres de vin tous les soirs ?
- Une femme de 20 ans, qui conduit après avoir bu 3 bières spéciales de 33cl (9%) ?
- Un homme de 52 ans, sans problème de santé ni traitement chronique, qui boit tous les jours et boit le matin au réveil ?
- Une femme de 35 ans qui boit 2 verres de vins le samedi et dimanche et présente des migraines à aura ?

ET APRÈS ?

- Usage à faible risque: validation et renforcement positif
- Usage à risque ou usage nocif: intervention brève
- Usage avec dépendance
 - Établir un contrat
 - Tableaux des ambivalences
 - Réseau

INTERVENTION BRÈVE

- Ces repères intègrent plus globalement le risque cancer (40% des décès en lien avec l'alcool) et cardiovasculaire ; ils sont donc plus restrictifs que ceux de l'OMS*



* repères OMS : 21 verres (E) ou 14 verres (R)

ET APRÈS ?

- Usage à faible risque: validation et renforcement positif
- Usage à risque ou usage nocif: intervention brève
- Usage avec dépendance
 - Établir un contrat
 - Tableaux des ambivalences
 - Réseau

4. Le cycle de la consommation

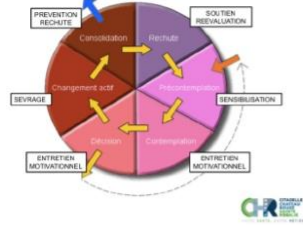


4. Le cycle de la consommation

- 1. Pré-contemplation**
Le patient ne se pose pas de question sur sa consommation, il n'envisage pas de changer de comportement.
- 2. Contemplation**
Manifestation de l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle.
- 3. Décision**
Le patient décide de changer.
- 4. Action**
Mise en place des modifications de son style de vie.
- 5. Maintien**
Phase d'une durée très variable.
- 6. Rechute**
Elle fait partie du processus normal de changement.



4. Le cycle de la consommation



1. Le patient et l'intervenant sont partenaire

L'EM ne se pratique pas **sur** une personne mais **avec** et **pour** la personne.

2. Non jugement

Pas de désapprobation ni d'approbation « paternaliste ».

3. Valeur inconditionnelle de la personne

Accepter l'autre comme une personne à part entière et digne de confiance.

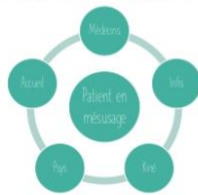
4. Empathie

Capacité à comprendre le point de vue de l'autre pour voir le monde à travers ses yeux.

INDIFFÉRENCE ← SYMPATHIE → EMPATHIE → IDENTIFICATION



L'IMPORTANCE DU RÉSEAU



L'IMPORTANCE DU RÉSEAU

- **Psy**
 - Multiples liens entre les pathologies psychologiques et la consommation d'alcool
 - Contente l'assurant la confiance, ambiance suggérant la bienveillance et le non jugement
 - Disponible, temps de consultation long
 - Accès à l'histoire familiale
- **Accueil**
 - Veille être attentif à des signes de TDA
 - Traiter le cas échéant, à consulter en expliquant qu'on est disponible
 - Veille à des outils informatifs en salle d'attente
 - Connaissance du réseau pour manager les patients demandeurs
 - Éviter les propos jugements ou banalisant la consommation d'alcool

L'IMPORTANCE DU RÉSEAU

- **frfr**
 - Veille à demander pendant le dépistage, les activités de soutien
 - Traiter le langage précoce, à intervenir basé si nécessaire
 - Dépistage systématique lors des soins
 - Plans à répétition, troubles cognitifs, à double, ordonne membre infirmes
 - Pendant la réalisation de l'histoire de Kitz ?
 - Patient chronique : anamnèse globale
- **Kire**
 - Veille à demander pendant les soins
 - Signes de TDA : balbutiements, troubles de l'hygiène, gestes de base, troubles de la marche et l'équilibre
 - Avec Kire : intégrer l'item alcool à l'anamnèse

QUELQUES RESSOURCES POUR LES PATIENTS DÉPENDANTS

- <https://alkooliquesanonymes.be/>
- www.vielbre.org
- <https://wiki-alkool.be/>
- Cellule alcool de Marche - Cécile Rodon
- SOA
- <https://www.health.belgium.be/fr/le-service/le-beersing>

7.9 Annexe 9 – Réponses au formulaire « Quelle action concrète ? »

Courriel envoyé

Hello les collègues :-)

Comme vous le savez, le 20/09 prochain nous nous réunissons pour l'étape suivante du projet "alcool" de la maison médicale.

L'objectif défini en équipe est le suivant: quelle mesure concrète mettre en place à la maison médicale pour faciliter le dépistage de la consommation d'alcool.

Tous les secteurs sont concernés et invités à proposer des solutions concrètes.

Ce formulaire servira de préparation à la réunion du 20/09.

Q1. Qui es-tu ? (Afin de pouvoir mieux expliquer tes idées le 20/09)

Q2. Quelles actions concrètes pourrions-nous mettre en place pour encourager le dépistage de la consommation d'alcool chez nos patients ? (Au plus il y a d'idées mieux c'est)

Réponse de Médecin 5

- Communiquer dans la salle d'attente sur la conso à risque
- Encodage dans le dossier daté et réactualisé

Réponse de Accueillante 1

Mon rôle d'accueillante est de servir d'intermédiaire entre le patient et le praticien. Je pourrais renseigner les patients concernant les organismes et/ou personnes qui pourraient les aider concernant leur problématique d'alcool

Réponse de Infirmière

Porter son attention sur les signes pouvant penser à une consommation + (tremblements, nervosité, haleine, ...) lors de prise de sang, pansement ; ouvrir le dialogue sans stigmatisation, proposer, si le patient est consentant, un moment de parole avec médecin, psychologue pour faire le point sur sa consommation, du pourquoi de l'excès, l'informer sur les solutions possibles pour sevrage

Intégrer un onglet sur Health One pour attirer l'attention, pour tous les acteurs de terrain au sein de MMA, sur observations détectées, sur infos données ou pas, sur souhait du patient d'aide ou pas, sur ce qui a déjà été proposé ou pas... pour ne pas "taper sur le clou" si déjà fait (quoique parfois, l'info peut passer différemment en fonction de l'interlocuteur, du moment de disponibilité de tout un chacun,...) mais au moins avoir un endroit sur HO pour prendre connaissance de qui , quoi, quand a déjà détecté et soulevé une consommation à risque

7.10 Annexe 10 – Évaluation de la formation collective

09/04/2023 19:18

Evaluation formation dépistage

Evaluation formation dépistage

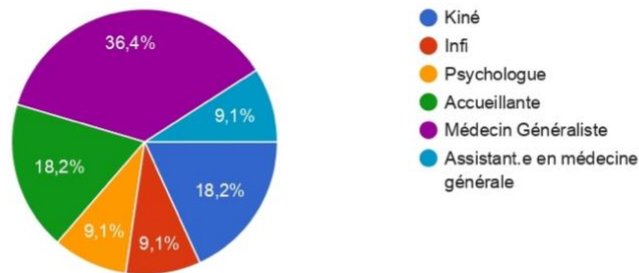
11 réponses

[Publier les données analytiques](#)

Je suis..

 Copier

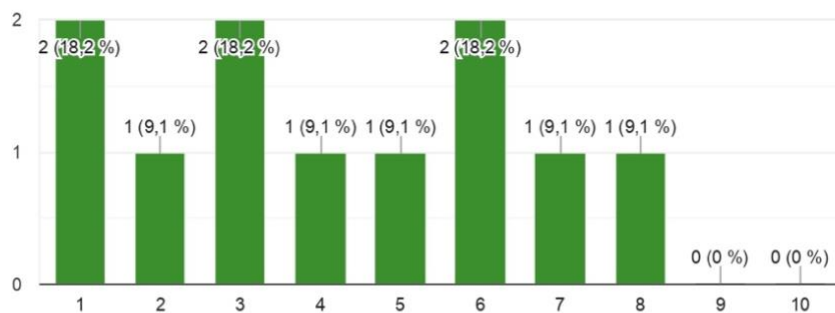
11 réponses



AVANT la formation, je me sens à l'aise pour dépister la consommation problématique d'alcool chez mes patients

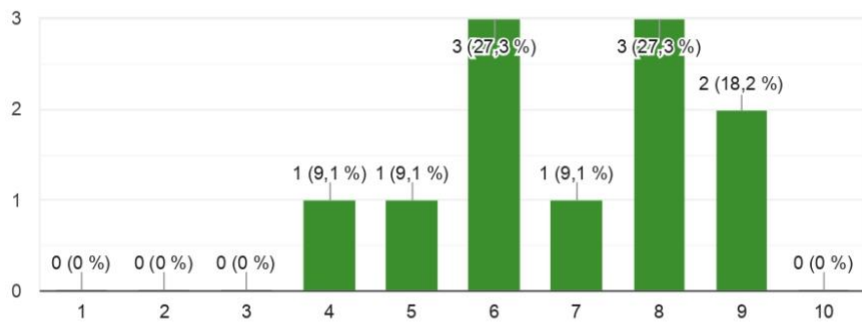
 Copier

11 réponses



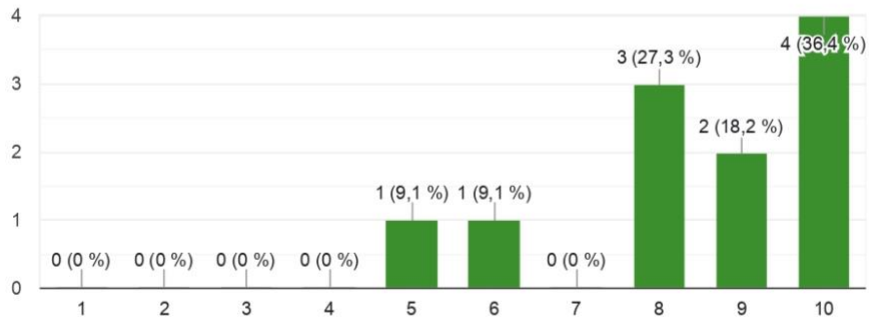
APRES la formation, je me sens à l'aise pour dépister la consommation problématique d'alcool chez mes patients Copier

11 réponses



Cette formation me sera utile dans ma pratique professionnelle Copier

11 réponses



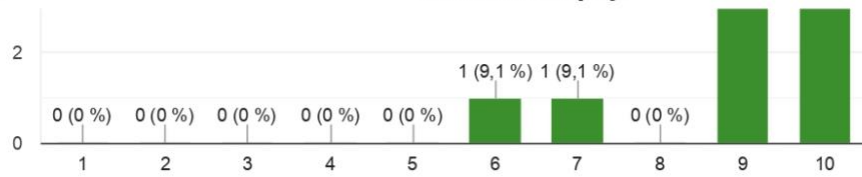
L'animation de la formation par un binôme médecin-psychologue est pertinente Copier

11 réponses



09/04/2023 19:18

Evaluation formation dépistage



Ce que j'ai particulièrement apprécié dans la formation c'est...

10 réponses

l'approche didactique , claire et très accessible pour une personne non scientifique comme moi

la réexplication théorique des différentes consommation d'alcool (dépendance, toxique, ...) et des valeurs seuils.

le binôme

le climat convivial

Clair, net, précis, didactique!

Références d'organismes d'aide, peu connus pour ma part, autres que AA

2 intervenants: psy-médecin, complémentaires chacun dans son champs d'action pour le dépistage

Exemples "devinettes" parlants

Les exemples et la mise en pratique

Des repères précis en terme de quantité et d aide au changement

des outils concrets et visuels à utiliser pour communiquer; des phrases outils
un update théorique accessible

la clarté de l'exposé

Exposé clair.



Ce qui pourrait être amélioré dans la formation c'est...

7 réponses

qq mots sur la suite de la prise en charge, pas le sujet du TFE mais une fois qu'on a dépisté, embêtant si on ne sait pas quoi en faire

/

parler des autres méthodes de dépistage : CAGE par exemple. donner les codes CISP pour un encodage adéquat

?

Gestion du timing car on a du sortir avant le fin!

Une synthèse sur une fiche. Aborder les médicaments.

un pdf déjà tout fait ;-) avec le support pour les patients / pour la consultation

La suite le 20/09 à 12h30 : SAVE THE DATE

Avez-vous des suggestions, des remarques ou des commentaires par rapport à la prochaine réunion ?

3 réponses

t'es génial reste comme t'es

Encodage accessible à toutes les disciplines au sein de la maison Médicale dès détection d'un patient potentiellement à risque ou notification à un membre référant de l'équipe en particulier?

Du côté accueillantes, en pratique?

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) [Règles de confidentialité](#)



Google Forms

7.11 Annexe 11 – Évaluation du choix d'objectifs

09/04/2023 19:58

Evaluation étape création plan d'action dépistage alcool

Evaluation étape création plan d'action dépistage alcool

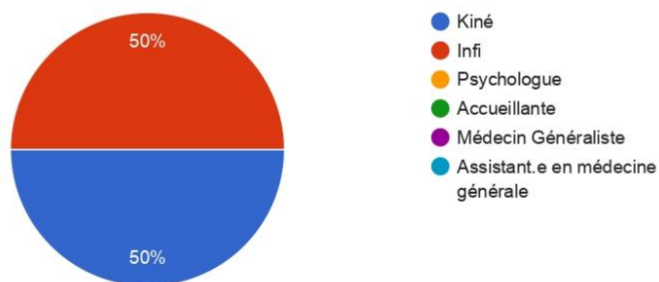
2 réponses

[Publier les données analytiques](#)

Je suis

[Copier](#)

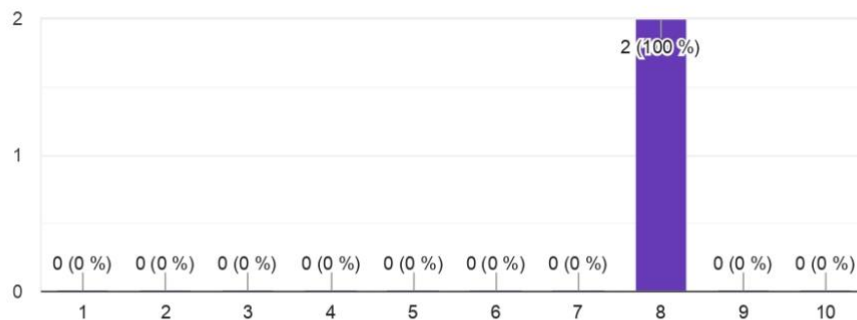
2 réponses



Cette étape de création collective de notre plan d'action était-elle utile pour améliorer le dépistage de la consommation problématique d'alcool au sein de la maison médicale ?

[Copier](#)

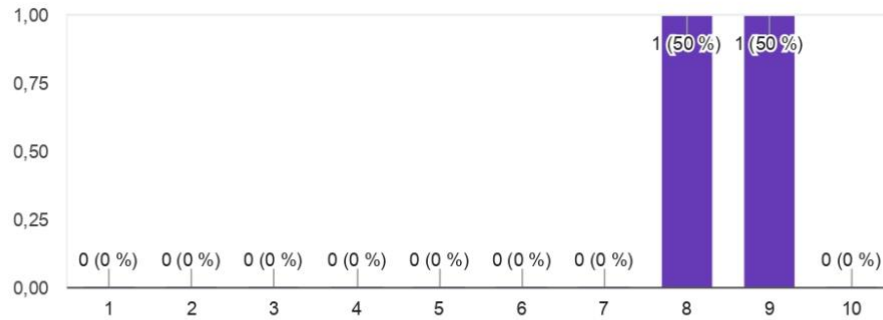
2 réponses



La méthode utilisée (idées individuelles écrites sur papier puis mise en commun sur paperboard) était-elle efficace pour atteindre l'objectif, c'est-à-dire la création d'un plan d'action ?

 Copier

2 réponses



Ce que j'ai particulièrement apprécié dans cette étape c'est...

2 réponses

idées variées et parfois même communes de chaque "secteur d'activité" pour la mise en place du dépistage, répartition facile des tâches

Prise en compte de l'avis de chacun

Ce qui pourrait être amélioré dans cette étape c'est...

0 réponse

Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms



7.12 Annexe 12 – Évaluation du suivi des objectifs

09/04/2023 20:06

Évaluation étape mise au point groupes travail dépistage alcool

Évaluation étape mise au point groupes travail dépistage alcool

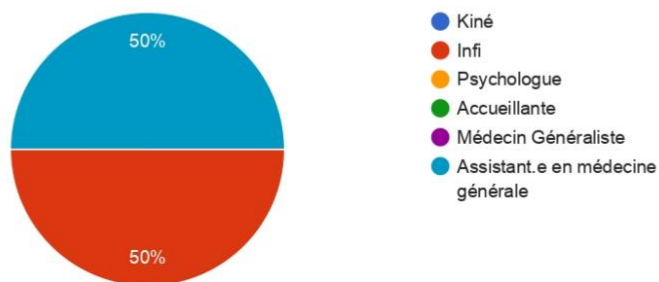
2 réponses

[Publier les données analytiques](#)

Je suis

[Copier](#)

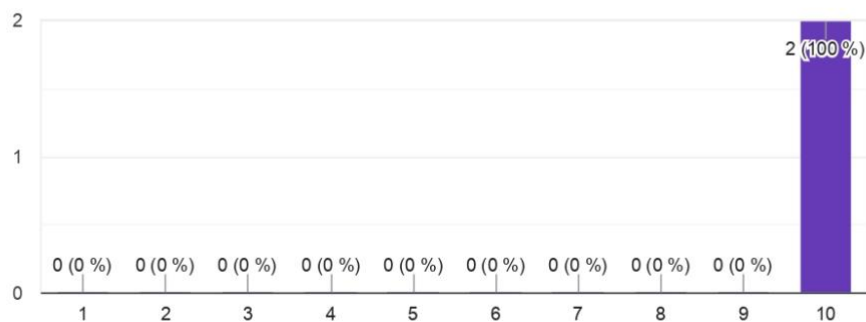
2 réponses



Cette étape de mise au point de notre plan d'action était-elle utile pour améliorer le dépistage de la consommation problématique d'alcool au sein de la maison médicale ?

[Copier](#)

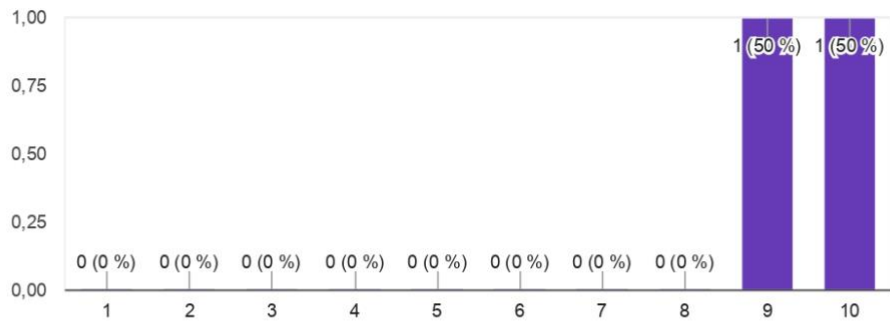
2 réponses



La méthode utilisée (réviser un par un l'avancement de chaque groupe de travail) était-elle efficace pour atteindre l'objectif, c'ad veiller à la mise en oeuvre des actions décidées collectivement à la réunion précédente ?

 Copier

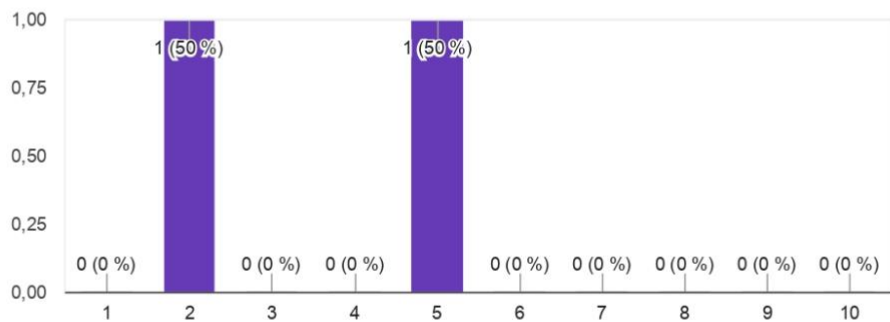
2 réponses



Avant le tout début de ce processus de recherche-action, te sentais-tu à l'aise pour dépister la consommation d'alcool problématique avec les patient.e.s ?

 Copier

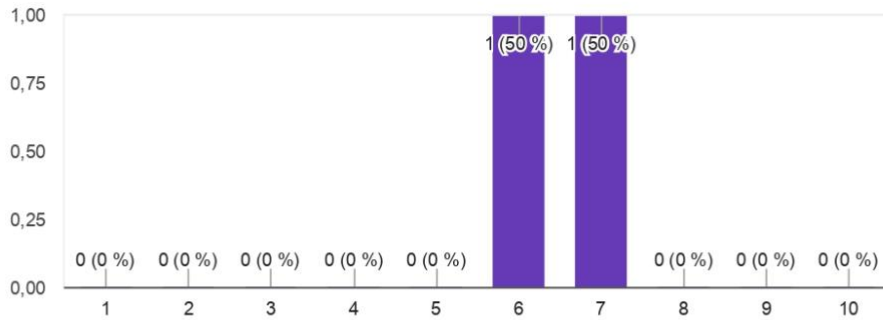
2 réponses



A présent, suite à l'ensemble des actions mises en oeuvre, te sens-tu à l'aise pour dépister la consommation d'alcool problématique avec les patient.e.s ?

 Copier

2 réponses



Ce que j'ai particulièrement apprécié dans cette étape c'est...

2 réponses

vue globale des différentes recherches et actions futures de chaque groupe de travail

Le fait de pouvoir prendre les décisions et de valider les actions en commun

Ce qui pourrait être amélioré dans cette étape c'est...

Une réponse

/

Des remarques plus générales ? (sur la méthode, les résultats, doutes, interrogations, suggestions..)

Une réponse

/

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms



7.13 Annexe 13 – Évaluation de la transférabilité par l’outil ASTAIRE (grille n°1)

| Outil ASTAIRE | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Population</i> | |
| Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population | <p>Il s’agit de 5 médecins généralistes agréés, 3 médecins généralistes en formation, 4 kinésithérapeutes, 3 accueillantes, 1 infirmière en santé communautaire, 1 psychologue.</p> <p>L’un des médecins généralistes est chargé de cours académique à l’UCLouvain.</p> |
| Les caractéristiques cognitivo-culturo-éducative de la population | <p>L’un des médecins généralistes en formation est l’instigateur de la recherche-action, et a obtenu le certificat interuniversitaire d’alcoolologie.</p> |
| Le type de motivation de la population bénéficiaire de l’intervention | <p>Motivation induite (intervention réalisée dans le cadre du TFE en médecine générale de l’instigateur, médecin généraliste en formation). Cette induction a été minimisée par le libre choix des participants de valider ou modifier la thématique à l’issue du focus group d’entrée</p> |
| L’accessibilité à l’intervention | <p>Pas de coût financier pour les participants ; toutes les activités ont été réalisées au sein de la maison médicale, lors des réunions d’équipe déjà instituées, tous les mardis midi de 12h30 à 14h00.</p> |
| Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires | <p>Confiance mutuelle forte entre l’instigateur et tous les participant.es, qui sont toutes et tous collègues au sein de la maison médicale.</p> <p>Les trois accueillantes et l’infirmière en santé communautaire sont employées par la maison médicale. Les médecins généralistes en formation réalisent leur stage auprès des médecins généralistes agréés. Les kinésithérapeutes, les psychologues et les médecins généralistes agréés sont indépendants.</p> |
| La perception de l’utilité de l’intervention par les bénéficiaires | <p>Les médecins généralistes trouvent l’intervention utile et répondant à un besoin. Les autres professionnels trouvent l’intervention utile à l’échelle de la maison médicale, mais pas au sein de leur propre pratique.</p> <p>L’intervention est reconnue efficace en première ligne de soins.</p> |
| La demande émanant de la population La perception de ses besoins de santé par la population | <p>À chaque fin d’étape, il est demandé aux participants de valider/ne pas valider l’étape suivante envisagée et/ou de proposer une autre alternative. A noter qu’en l’occurrence, les participants ont à chaque fois validé l’étape suivante qui leur était suggérée. Les participants ont ajouté une étape qui n’était pas initialement prévue, à savoir une seconde étape de formation centrée sur la médecine générale.</p> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Des formulaires électroniques sont également envoyés après chaque étape pour recueillir leur opinion sur l'utilité et l'efficacité des outils utilisés. |
| Le niveau de participation des bénéficiaires | Le nombre de participants à chaque étape oscille entre 10 et 15 participant.es, soit entre 55 et 83%. Les absences sont souvent expliquées par des congés ou du temps de travail clinique qui déborde sur le temps de réunion prévu. A quelques reprises, il est arrivé qu'un ou plusieurs participants rejoignent ou quittent la réunion en cours de route. |
| Le degré d'implication des bénéficiaires | 7 bénéficiaires (2 kinésithérapeutes, 3 médecins généralistes en formation, 1 médecin généraliste agréé, 1 infirmière), soit 38% des participants, ont rejoint au moins un groupe de travail. 11 bénéficiaires ont répondu à la première enquête en ligne (après l'étape de formation) 2 bénéficiaires ont répondu à la deuxième et troisième enquête en ligne (après l'étape de création d'objectif et l'étape de suivi de réalisation des objectifs) |
| <i>Environnement</i> | |
| L'environnement institutionnel directement influant sur l'intervention | Le projet est perçu de manière positive par l'équipe participante. On peut également noter la volonté des participants de soutenir la réalisation du TFE de leur jeune collègue. |
| D'autres éléments du contexte de mise en œuvre | Maison médicale en cours de lancement lorsque l'action démarre : les différentes étapes prennent place pendant les réunions d'équipe, pour lesquelles l'équipe n'a pas encore de franchises habitudes ni de cadre clair de fonctionnement. L'équipe est demandeuse d'avoir des thèmes à l'ordre du jour de ces réunions, et demandeuse de développer ses projets de santé communautaire, de promotion de la santé et de prévention. Avant son lancement, la maison médicale était un cabinet de médecine générale constitué de 5 médecins travaillant en association, entourés de 2 à 3 médecins généralistes en formation et employeurs des 3 accueillantes. |
| Les partenariats sollicités pour l'intervention | Prise de contact avec le RESO-UCLouvain et le CAMG concernant le développement de la méthodologie de la recherche-action. Rencontre de l'ASBL « Soda » lors de la revue de littérature. Discussion avec des professeurs du CIU d'alcoologie belge à propos de la campagne. Formation de toute l'équipe assurée par un binôme médecin-psychologue formé en alcoologie. Créations d'objectifs et d'outils à travers les ressources du livre « 27 techniques d'animation pour promouvoir la santé ». |

| | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Partenariat avec l'asbl ALTO pour les 2x3h de formation à destination des médecins généralistes.</p> <p>Commande des brochures et affiches via les campagnes SATRAQ et Tournée Minérale.</p> |
| <p><i>Mise en œuvre</i></p> | |
| <p>Les modalités d'intervention</p> | <p><i>Focus group</i> : utilisation d'un canevas d'entretien ; extraction des facteurs influençant le RPIB selon le modèle de théorisation ancrée.</p> <p><i>Formation</i> : animation d'un binôme psy-médecin formé en alcoologie.</p> <p><i>Création d'outil</i> : récolte des idées par formulaire électronique au préalable + utilisation de la technique des petits papiers (p.130 du livre « 27 techniques d'animation pour promouvoir la santé »).</p> <p><i>Suivi des outils</i> : mise au point par groupe de travail, révision un à un des objectifs.</p> <p><i>Focus group</i> : utilisation d'un canevas d'entretien ; extraction des avis des participants par indexation des verbatims.</p> <p>Chaque étape réunit les différents participants autour d'une table en présentiel.</p> <p>A la fin de chaque étape :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validation en équipe du contenu et de la date de l'étape suivante • Évaluation par questionnaire électronique sur l'utilité et l'efficacité de la dernière étape passée. <p>L'instigateur est responsable de la préparation, l'animation et le suivi de chaque étape, de la création et l'envoi des questionnaires électroniques.</p> <p>Les participants membres d'un groupe de travail sont responsables d'atteindre dans le timing décidé les objectifs fixés par le groupe.</p> |
| <p>Les ressources pour l'intervention</p> | <p>Financier : minimal, quelques frais d'impression pour les affiches.</p> <p>Humain : mise à disposition de 5 x 1h de réunion d'équipe + temps de travail de l'instigateur non comptabilisé, réalisé en dehors de son temps de travail clinique.</p> |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Les capacités des intervenants et chef de projet | <p>Chef de projet (appelé plus haut <i>instigateur</i>) : compétence d'animation de groupe, de facilitateur, esprit de synthèse, maîtrise de la méthodologie de la recherche-action collaborative, pédagogue, maîtrise des connaissances scientifiques de base concernant les mésusages et le RPIB.</p> <p>Équipe : bienveillance, écoute active, attitude constructive, liberté d'expression, non jugement, participation, motivation.</p> <p>Binôme formatif : maîtrise des connaissances scientifiques et pratiques concernant les mésusages et le RPIB.</p> |
| Les modalités de mobilisation des intervenants | <p>Implication volontaire, non rémunérée, sur bases des compétences et de la motivation.</p> <p>La deuxième étape de formation était accréditée pour les médecins généralistes.</p> |
| <i>Accompagnement au transfert de connaissance</i> | |
| Je fournis dans la communication de mon action les éléments nécessaires au transfert | <p>Méthodologie décrite dans le chapitre 2.</p> <p>Diapositives de la formation collective (annexe 8).</p> <p>Canevas d'entretien d'entrée et de sortie (annexes 2 et 3).</p> <p>Fiche « Petits Papiers » page 130 du livre « 27 techniques d'animation pour promouvoir la santé ».</p> <p>Questionnaires électroniques d'évaluation (annexes 10, 11 et 12).</p> <p>Matériel d'information patient des campagnes SATRAQ et Tournée Minérale.</p> <p>Désignation d'un chef de projet ou instigateur, qui pilote le projet, anime les étapes, assure le suivi des décisions.</p> <p>Faire valider régulièrement les décisions collectivement, et accepter de modifier/supprimer le choix d'une thématique, d'une étape.</p> |

7.14 Annexes A et B – Retranscriptions des focus groups

Voir document joint



7.15 Annexe C – Fiche info médecin : comment mener une consultation alcool ?

Fiche info soignant « alcool en première ligne de soins »

Étape 1 : Évaluer la quantité d'alcool hebdomadaire moyenne du patient, en unités standard

Exemple : *Vous arrive-t-il de consommer de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?*

Au besoin, utiliser un tableau d'équivalence des unités et/ou un calendrier de consommation.

Étape 2 : Diagnostic du type de consommation → attitude appropriée

| Faible risque | A risque | Nocive | Dépendance |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sous les seuils max recommandés | <ul style="list-style-type: none"> ✓ >10U/semaine (homme ou femme) ✓ Conduite sous alcool ✓ Enceinte et conso ✓ >4U en 2h (femme) ou > 6U en 2h (homme) | Conso alcool à risque + effet négatif sur la santé (ex : RGO, HTA, dépression, trouble de l'équilibre, etc.) | "Perte de la liberté de s'abstenir" |
| → Encouragement | → Intervention brève | <ul style="list-style-type: none"> → Intervention brève → Au moins 2j/semaine où on ne boit pas → < de 10U/sem → < de 4 ou 6 verres/2h | <ul style="list-style-type: none"> → Prise en charge spécialisée (psy + médication) → Renvoi éventuel vers le réseau |

Qu'est-ce que l'intervention brève ?

- Donnez un conseil minimal, d'une manière empathique et sans jugement.
 - Expliquez quels sont les risques personnels d'un usage d'alcool nocif et évoquez la nécessité de changement (en guide d'aide, voir mécanismes physiopathologiques illustrés ci-dessous).
 - Clarifiez quelles peuvent être les quantités d'alcool acceptables.
- En guise de soutien de ce conseil minimal, remettez au patient un folder d'information et/ou un tableau des unités standard.
- Au besoin, redirigez-le vers un psychologue de première ligne.

Quel réseau si je me sens dépassé ?

- Pour référer un patient vers une prise en charge spécialisée : référer chez Cécile Bodson (cellule Alcoologie Marche).
 - Permanence tous les jours, joignable au 063 55 62 61.
- Pour bénéficier d'un avis « doc to doc » sur une situation précise : contacter Nathalie TILMANT, alcoologue.
 - drtilmant@gmail.com ; 063/44.64.48
- Pour programmer dans un court délai un sevrage à l'hôpital : Dr Anne Sophie Lambert, service gastro-entérologie de Sainte Élisabeth.
 - +32 (0)81 72 05 50
- Pour les patients autodidactes, qui préfèrent se débrouiller « seuls » : proposer www.aide-alcool.be.
- Pour les groupes de pair-aidance : alcooliquestanonymes.be ou vielibre.org.
 - AA Hargimont : 086 32 23 36

Prise en charge médicamenteuse de la dépendance

| | Abstinence | Consommation contrôlée | Précaution | Effets indésirables | Posologie |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Campral (= acamprosate) | 1. Le meilleur (GRADE A) | Non indiqué car inefficace | Très peu de danger CI : insuffisance rénale sévère | Rash, prurit, troubles gastro-intestinaux (diarrhée). | < 60 kg : 2-1-1 chaque jour > 60 kg : 2-2-2 chaque jour Start 1 semaine avant à max 1 semaine après début du sevrage Maintenir pendant min. 6 mois, idéalement 1 an Ne pas maintenir si rechute de consommation problématique |
| Naltrexone | 2. Alternative si échec/intolérance Campral | 2. Alternative, effet modeste démontré | CI : utilisation concomitante d'analgésiques morphiniques ; insuffisance hépatique ou rénale sévère Hépatotoxicité : suivi hépatique nécessaire | Troubles gastro-intestinaux, trouble du sommeil, agitation, douleurs articulaires, céphalées, rarement hallucinations | 1 à 2 co de 50 mg/j, augmentation progressive |
| Antabuse (= Disulfiram) | 3. Seconde intention, chez patient fiable, motivé et entouré | Non indiqué car danger mortel | CI : absence contrôle alcool/motivation, psychose, insuffisance hépatique, pathologie cardiaque, diabète | Rash, céphalées sommolence, hépatotoxicité convulsions, polyneuropathies, collapsus, cardio-vasculaire, pouvant | 1 co/j, puis réduction progressive jusqu'à minimale effective (doses possibles : 1/8 à 2 co) |

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>Augmentation de l'effet des antagonistes de la vitamine K</p> <p>Risque CV --> Faire un ECG avant de commencer le traitement</p> <p>Suivi fonction hépatique</p> | être fatal en cas d'ingestion d'alcool. | |
| Selincro (=Nalméfène) | Non indiqué car inefficace | 1. Le meilleur | CI : traitement concomitant par des analgésiques morphiniques, insuffisance hépatique ou rénale | Insomnie, céphalées, vertiges, nausées | Prise 1 co à la demande, 3h avant la circonstance où l'on pourrait trop boire |
| Baclofène | Effet non démontré, prescription off label | Effet non démontré, prescription off label | <p>CI : trouble psychotique, Insuffisance rénale, grossesse (passe barrière placentaire), suicidalité</p> <p>Prudence si conduite de véhicule et usage de machines dangereuses</p> | <p>Nausées, sédation, hypotension, épilepsie, etc.</p> <p>!!\ à pd 75 mg/j : risque de mortalité augmenté</p> | Commencer par 1 co 25 mg/j puis augmentation progressive des doses jusqu'à la suppression du craving |

Les médicaments du maintien de l'abstinence:

- Fonctionnent en synergie avec la prise en charge psycho-sociale globale et la thérapie de prévention des rechutes
- Tous ont un effet anti-craving (réduction de l'envie de boire, de l'appétit pour la boisson) sauf le Disulfiram (crainte de l'effet antabuse)

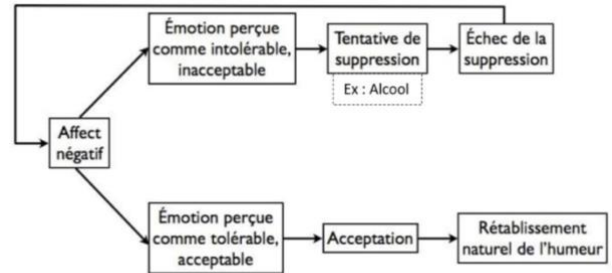
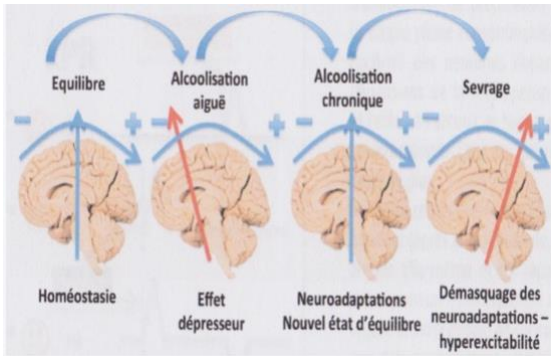
Pour le sevrage

- ★ Benzodiazépines
 - Diazépam: 40 à 60mg/J initialement (1 ou 2 jours) et puis dégressif en 7 à 10J (couvre les 24h).
 - Oxazépam: 60 à 90mg/J initialement puis dégressif en 7 à 10 J en cas d'IH ou chez la personne âgée.
- ★ Vitamine B1
 - Benerva (B1): 2 x 1 co de 300 mg
 - OU Befact Forte : 250 mg de pyridoxine + 250 mg de Thiamine : 3 x / jour

Contre-indications au sevrage à domicile :

- Un délirium ou une crise convulsive au moment de l'évaluation ou dans les antécédents
- Une consommation concomitante de substances sédatives, notamment un abus de benzodiazépines (BZD)
- L'échec de sevrages ambulatoires itératifs
- L'importance du syndrome de sevrage ou de la dépendance physique
- Une comorbidité somatique ou psychiatrique sévère
- Un faible soutien social.

Mécanismes de la dépendance à l'alcool



en, 2007)

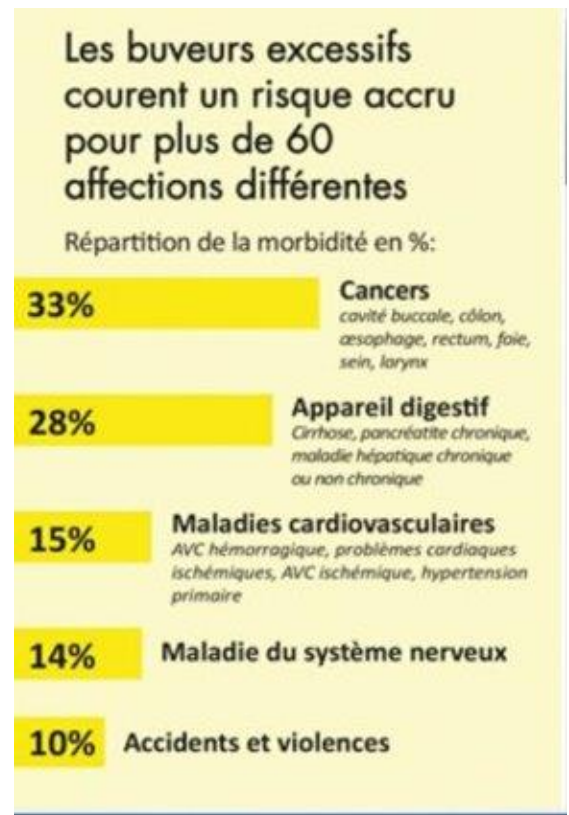
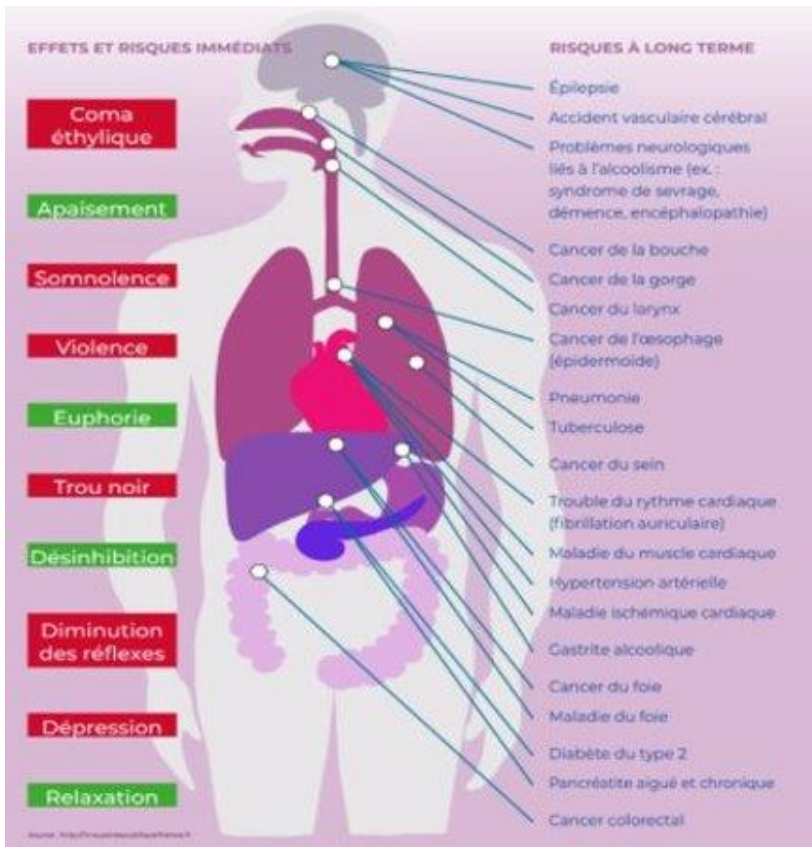


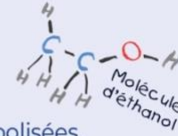
Tableau des équivalences



**PARCE QUE MA SANTÉ EST PRÉCIEUSE...
JE CONNAIS LES REPÈRES DE CONSOMMATION D'ALCOOL**

ALCOOL... DE QUOI PARLE-T-ON ?

Une boisson alcoolisée est une boisson qui contient de l'éthanol.
Vin, bière, alcopop, champagne, porto, whisky... sont toutes des boissons alcoolisées.



DANS MON VERRE...



ET DANS MA BOUTEILLE...



**MES REPÈRES
PAR SEMAINE**

**MAXIMUM 10 UNITÉS D'ALCOOL
+
2 JOURS D'ABSTINENCE
+
MAXIMUM 2 UNITÉS D'ALCOOL PAR JOUR**